



328325

COLEGIO PARTENÓN S. C.

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES
DE TEATRO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA

ARIADNA MERCADO MÁRQUEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CONCEPCIÓN CRUZ
JIMÉNEZ

México, D. F.

2005

m344515



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Directora de Tesis, Lic. Concepción Cruz Jiménez, haber aceptado participar en este proyecto y haber trabajado con entrega, esmero y constancia para que se obtuvieran los mejores resultados posibles. Gracias por enseñarme a entregar lo mejor de mí.

A la Lic. Patricia Flores y Lic. Sonia Navarrete, por brindar su tiempo en la revisión de este proyecto a fin de aclarar dudas de su contenido; sus comentarios y sugerencias fueron de gran ayuda para mejorarlo.

A las autoridades de las Instituciones donde se llevó a cabo la aplicación de los Instrumentos, y muy especialmente al Lic. Miguel Ángel Reyna del Colegio de Literatura Dramática y Teatro de la UNAM, y al Psicólogo Oscar Fernández de la Escuela Nacional de Arte Teatral del INBA, por las facilidades otorgadas.

Un especial agradecimiento a los alumnos de ambas Instituciones que tuvieron el tiempo y la disposición para responder los Cuestionarios.

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente, por creer en mí, por ayudarme a lograr este objetivo, por saber esperar y por hacerme sentir que siempre contaré con ustedes en cualquier momento de mi vida. Los amo.

A mi hermano, por la ayuda, el apoyo y los comentarios acertados. Te quiero mucho.

INDICE

	PAG.
RESUMEN.	6
INTRODUCCIÓN.	7
I. MARCO TEÓRICO:	
JUVENTUD.	10
• Definiciones	10
• Fases de la juventud	13
• Características físicas	20
• Características emocionales	21
• Características morales	23
• Características sociales	25
• Características sexuales	29
• Características cognoscitivas	34
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	41
ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	45
ANOREXIA NERVIOSA	55
• Enfoque psicoanalítico	60
• Enfoque conductual	63
• Enfoque social	64
• Alteraciones físicas	69
• Alteraciones psicológicas	72
• Alteraciones sociales	80
BULIMIA NERVIOSA	82
• Enfoque psicoanalítico	87
• Enfoque conductual	88
• Enfoque social	91
• Alteraciones físicas	96

• Alteraciones psicológicas	98
• Alteraciones sociales	108
OBESIDAD	110
• Enfoque psicoanalítico	113
• Enfoque conductual	115
• Enfoque social	118
• Alteraciones físicas	122
• Alteraciones psicológicas	124
• Alteraciones sociales	126
SOBREALIMENTACIÓN COMPULSIVA	128
• Enfoque psicoanalítico	129
• Enfoque conductual	130
• Enfoque social	132
• Alteraciones físicas	133
• Alteraciones psicológicas	134
• Alteraciones sociales	135
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICOS	135
DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	137
ESTUDIOS DE FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	147
EL TEATRO	163
II. MÉTODO.	185
• Planteamiento del problema.	187
• Justificación del estudio.	187
• Objetivo General.	187
• Objetivos Particulares.	187
• Hipótesis de Trabajo.	188

• Hipótesis Estadísticas.	189
• Variables.	189
• Variable Independiente.	189
• Variable Dependiente.	189
• Variables Atributivas.	190
• Definición Conceptual de Variables.	190
• Definición Operacional de las Variables.	194
• Población.	195
• Tipo de Muestra.	195
• Tipo de Estudio.	196
• Diseño de Investigación.	196
• Sujetos.	196
• Instrumentos.	196
• Escenario.	212
• Procedimiento.	213
• Análisis de Datos.	215
III. RESULTADOS.	216
IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	238
V. CONCLUSIONES.	269
VI. APORTACIONES.	281
VII. SUGERENCIAS.	282
VIII. LIMITACIONES	283
IX. ANEXOS.	284
X. REFERENCIAS.	289

R E S U M E N

Al reconocer el interés que tiene la sociedad por el aspecto estético corporal en donde la delgadez se ha convertido en una cualidad física que hay que poseer para obtener felicidad, aceptación y éxito en la vida; esta investigación es importante para conocer de que manera se manifiestan o no los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de Teatro, lo cual puede ser provocado por la manifestación de ideas relacionadas con presiones para mantener una figura corporal delgada.

De este modo, el estudio de tipo exploratorio estuvo encaminado a conocer si existían y cómo se manifestaban los trastornos de la conducta alimentaria con el fin de realizar una comparación de dichos trastornos en estudiantes de Teatro de ambos sexos con edades entre 17 a 33 años, mediante el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2); el primero construido para dicho estudio.

Los resultados obtenidos indican la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de Teatro; los sujetos manifestaron características de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no específicos determinados entre las variables atributivas.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la existencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Teatro a través de ambas técnicas utilizadas.

I N T R O D U C C I Ó N

Los trastornos alimentarios, son alteraciones producidas por una compleja interacción de factores, físicos, psicológicos, conductuales y sociales que incluyen trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares y el vivir en una cultura en la cual hay una obsesión por la delgadez, por lo tanto, la evolución de los patrones estéticos se origina a partir de las necesidades y expectativas que las personas tienen con respecto a la obtención de felicidad y aceptación, las cuales, están relacionadas con la belleza cómo sinónimo de delgadez.

Las personas dedicadas al Teatro utilizan su cuerpo como herramienta de trabajo y como un medio a través del cual expresan sentimientos, emociones y pensamientos, éstas dirigen su atención hacia un proceso de entrenamiento de cuerpo expresivo que incluye el tener conciencia de que las posiciones y movimientos deben ser agradables al ojo del espectador, (Preciado, 1991.) De este modo, la necesidad de ser atractivos para los demás puede llevar a las personas dedicadas al Teatro a tener una preocupación excesiva por mantenerse en forma, dándole importancia a la delgadez, ya que la consideran como una cualidad física para ser atractivo, por lo tanto, se puede pensar que la obtención de bienestar emocional, admiración y éxito profesional dependen de su apariencia física, demostrando con esto que también son personas que están obligadas a tratar de cumplir con los parámetros de belleza relacionados con la delgadez que son difundidos por los medios de comunicación y amplificadas por la sociedad. Al reconocer que actualmente en la sociedad se han establecido cánones relacionados con la apariencia física ideal, en la que las prácticas alimentarias de cada persona se han visto vinculadas a los rituales culturales de interacción; los patrones de belleza, el culto por la imagen, al igual que el importante papel de la ingesta de

alimentos en la interacción social, ejercen notable influencia sobre el ser humano, por lo cual, la delgadez extrema se ha convertido en símbolo de perfección corporal y belleza, que ha conducido a muchas personas a emplear patrones de alimentación funcionalmente inadecuados, que en ocasiones les permiten adaptarse a las exigencias de la sociedad, pero que, muchas veces propician condiciones de riesgo para la aparición de desórdenes alimentarios. Cabe señalar, que pese al conocimiento de lo que implica padecer algún trastorno alimentario, se ha observado que, en el deseo de tener una figura corporal delgada en los jóvenes, fija su atención a temas como las dietas, el ejercicio, el peso y la figura, ya que piensan que existe una relación entre un cuerpo delgado y el desarrollo del sentimiento de seguridad personal, lo que provoca que se conviertan en presa fácil del bombardeo de los medios de comunicación con respecto a la obtención de una figura delgada y que traten de modificar su propia constitución física haciendo esfuerzos enormes que incluyen dietas extremas y ejercicios extenuantes, (Garner, 1998.) El interés por la figura corporal es originado a partir de lo que implica el ser delgado, ya que se ha relacionado esta cualidad física con la oportunidad de tener éxito en varios aspectos de la vida, por lo tanto, la delgadez es un sinónimo de éxito social y de dominio corporal que a la vez conlleva a un dominio de sí mismo, lo cual también es una cualidad que se requiere para optar a un cierto nivel profesional. De este modo, el autocontrol se ha convertido en uno de los valores morales más profundos, ya que puede ser la causa de cualquier éxito o reconocimiento social, es decir, el éxito social individual pasa por el control del cuerpo, del cual la delgadez es la prueba visible, (Guillemot y Laxenaire, 1994.)

En el presente trabajo se hizo una investigación mediante un estudio exploratorio para conocer si existían y cómo se manifestaban los trastornos de la conducta alimentaria en

estudiantes de teatro de ambos sexos con edades entre 17 y 33 años, con el fin de hacer una comparación de dichos trastornos de acuerdo a las variables utilizadas como Institución, turno, sexo, etapa de desarrollo, índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y área.

De este modo, se reconoce que los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos son problemas que causan un desequilibrio en el ser humano tanto en el aspecto físico, psicológico y social, por lo que es de gran importancia considerar y comprender acerca del impacto que han tenido dentro de la sociedad y sobre todo dar un mayor énfasis a aquellas profesiones que le dan mayor importancia a la imagen corporal.

J U V E N T U D

La juventud es una etapa de la vida en la que las personas son percibidas como responsables, pues han alcanzado el tamaño y fuerza plena, convirtiéndose en individuos desarrollados, por lo tanto, sus actividades se van perfilando de acuerdo a un plan de vida establecido, centrandose sus deseos en lograr alcanzar metas que se han propuesto. Así, el ser joven incluye la madurez emocional, entendida como un alto grado de estabilidad emocional, un control de impulsos y una elevada tolerancia a la frustración, aunque cabe señalar, que también se presentan cambios violentos en el estado de ánimo debido al rompimiento de vínculos de dependencia hacia los padres y la búsqueda de autonomía.

DEFINICIONES

Sheehy (1978), precisa a la juventud como una etapa en la que actúan dos impulsos, uno de ellos es el de edificar una estructura firme y segura para el futuro contrayendo fuertes compromisos que los lleven a asentarse; las principales decisiones de la vida se toman en ésta etapa, ya que se supone que los individuos ya están capacitados para cumplir sus metas establecidas debido a que tienen una voluntad y anhelo intenso para enfrentarse a situaciones adversas que finalmente se podrán superar y así obtener lo deseado. El otro impulso consiste en explorar y experimentar haciendo que toda estructura sea provisional y, por lo tanto, fácilmente reversible. Esto se refiere a que la gente durante la etapa de la juventud puede saltar de un trabajo a otro o de un encuentro personal a otro; pero éstas experiencias posiblemente son el resultado de la búsqueda de independencia y estabilidad que tiene el joven adulto. Finalmente, la relación que haya entre estos dos impulsos será provocada por el bienestar o malestar

vivido en el transcurso de ésta etapa con el fin de que exista en las personas un conocimiento más concreto de ellos mismos y de lo que desean en realidad.

Según Erikson (1981), el término juventud se refiere al hecho de haber madurado en las dimensiones física, social y afectiva para alcanzar la etapa *alere* (de alguien que ahora alimenta a aquello que concibe y produce) lo cual significa que se complementa lo vivido en etapas anteriores para adquirir la experiencia que conducirá a la formación de un criterio más amplio. (p.42.)

Monedero (1986) considera, a la juventud como manifestaciones o dimensiones sociales del periodo que va de la infancia a la edad adulta. Dentro de lo que se llama juventud se puede distinguir las repercusiones sociales de la adolescencia e influencias sociales en la adolescencia. Por ejemplo, la manera en que repercuten las conductas que realizan las personas en ésta etapa tiene que ver con las decisiones que se toman en cuanto a su estilo de vida; su forma de pensamiento relacionada con el logro de objetivos y con la aceptación social demandada, siendo presa fácil de la influencia social que incluye a la familia, amigos y medios de comunicación.

Moraleda (1995) considera, a la juventud como un estadio transitorio en donde no se ha alcanzado la madurez, porque aún está lejos de haberse tranquilizado las crisis de crecimiento puberal, refiriéndose a los cambios biopsicosociales, donde hay una búsqueda de identidad. Estas alternancias se manifiestan en el aspecto afectivo con cambios de humor, dificultando el encuentro de la elección de pareja. Con respecto a sus valores, intereses y criterios morales experimentan un proceso de personalización. Por lo tanto, la juventud es el conjunto de actividades y eventos que suceden a lo largo de una serie de años, que varían de una sociedad a otra y según el momento histórico.

Según Bromley, (citado en Moraleda, 1995), la primera fase de la juventud se sitúa entre los 21 y 25 años. Esta fase es muy importante en el desarrollo de la personalidad, caracterizada por grandes cambios en los ámbitos de la vida familiar y profesional. Estos cambios se refieren al aprendizaje de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas y demandas sociales tales como el comienzo de una ocupación y elección de una pareja. Con relación al desarrollo personal y la formación del carácter suele distinguirse esta etapa por un gran incremento de su vitalidad y un realce de su individualidad en donde se encuentran los rasgos distintivos que diferencian a una persona de otra, además que su estado de ánimo alcanza un elevado nivel.

En 1997 Rice, ubica a la juventud entre los 20 y 30 años. En esta etapa lo más importante es lograr la autonomía emocional que consiste en romper los vínculos emocionales de dependencia que han sido formados y reorientados sobre la base de igualdad que debe existir entre dos personas. Convertirse en un joven supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos y desarrollar una personalidad plena; desarrollando la capacidad para tolerar las tensiones y frustraciones, reconociéndolas como parte de la vida para superar y aceptar sin hostilidad y agresión desmedida. Los jóvenes también se ven involucrados en la tarea de realizar un compromiso ocupacional como terminar su educación, ingresar al mundo laboral, desarrollar habilidades en el trabajo y alcanzar la independencia económica.

Kenneth Keniston, (citado en Neugarten, 1999), define a la juventud como aquella en la cual el principal objetivo para el ego es la confrontación con la sociedad, la clasificación de los valores y el conseguir un "ajuste" entre el yo y la sociedad. Manifestando cuestiones relacionadas con la intimidad, la elección de una pareja y el cumplimiento de las expectativas en el mundo laboral.

Retomando a los autores enunciados, en esta investigación se define que la juventud es una etapa de transición de la vida en donde se va en busca de la consolidación de la madurez, pero la búsqueda de una independencia que da estabilidad no es igual en los ámbitos social y afectivo; por tal motivo se rompen vínculos emocionales de dependencia con el fin de enfrentarse a sí mismo, aprendiendo al mismo tiempo a interactuar con la sociedad para aceptar los diversos puntos de vista que existen y dar como resultado el desarrollo de la capacidad para manejar los problemas.

FASES DE LA JUVENTUD

A medida que las personas van viviendo su juventud, van enfocando sus energías y motivaciones en diferentes tareas del desarrollo. Entre ellas las principales que han de afrontar son las de terminar sus estudios, entrar en el mundo laboral, elegir una pareja y formar una familia. Todas las personas se enfrentan a ellas, puesto que incluso la decisión de no llevar a cabo alguna de éstas es una forma de tratar el aspecto del desarrollo. Las distintas teorías del desarrollo en el joven tratan de explicar los patrones generales de crecimiento, cambio e identificar los temas dominantes que caracterizan la vida del mismo. Por tal motivo, algunos autores han tratado de dividir la vida en fases, describir la transformación de una fase a otra y definir los principales ajustes requeridos durante cada una. Las fases relacionadas con la juventud mencionadas por dichos autores se explican a continuación:

Carl Rogers (1964) se centra en la importancia de la individualidad y en el desarrollo general de la personalidad, el cual está encaminado a conseguir una personalidad funcionalmente completa. Para este autor el éxito en el desarrollo de la personalidad depende de la disposición para vivir nuevas experiencias ya que si no se cuenta con esta disponibilidad no se desarrolla la capacidad de apertura, se vive a la defensiva, se

distorsiona la realidad y no se es capaz de utilizar las experiencias. Un segundo principio manifiesta que los jóvenes pueden verse ya a sí mismos como personas que tratan de alcanzar la madurez, ya que tienen la capacidad de examinar sus conductas desde perspectivas pasadas y futuras. El tercer principio es el de la confianza de las propias capacidades, ya que la propia conducta depende de criterios personales sobre lo correcto y lo incorrecto y se desarrolla una aceptación de la responsabilidad en los éxitos y en los fracasos, (Alexander, Roodin y Gorman, 1988.)

Roger Gould (1972, 1978) dedujo, que el joven en el desarrollo de su vida progresa a través de una serie de transformaciones y que en cada una de ellas, la gente reformula los conceptos que tienen sobre sí mismos, se enfrentan a sus situaciones infantiles y resuelven conflictos, (Hoffman, Paris y Hall, 1996, p.92.)

Gould manifiesta que los jóvenes pasan por dos fases:

- 1) Empieza alrededor de los 18 años y dura hasta los 22 años; es aquí, donde se forja una identidad y comienzan a separarse de sus padres. Además existe un deseo de no ser corregidos por la familia, de tener intimidad con la pareja y de recrear con los compañeros la familia que están abandonando, estableciendo su autonomía.
- 2) Se ubica alrededor de los 22 a 29 años; en donde se propone alcanzar metas, así que participan en el trabajo de ser adultos para obtener competencia como tales, además de que éste es el momento de vivir y de crecer para construir el futuro en todos los ámbitos, personal, laboral, social y familiar, siendo esto la entrada al mundo de la responsabilidad y el momento más adecuado para decidir que es lo que quieren hacer en la vida, ya que conforme avanza la edad las personas harán una recapitulación de su vida y se darán cuenta que existen metas que no alcanzaron ya

sea por falta de tiempo o de voluntad, lo cual puede llevarlos a tener sentimientos de frustración.

Por su parte, Lowenthal (1977) realizó, un estudio con jóvenes enfocándolo hacia el compromiso. Especialmente dirigió su atención hacia tres compromisos importantes: el moral, el interpersonal y la maestría. Los compromisos morales están relacionados con el estadio superior del desarrollo moral, llamado por Kohlberg estadio postconvencional el cual se refiere a que las personas emplean principios morales que son considerados más amplios que los de cualquier sociedad en particular. Los compromisos interpersonales que están relacionados con el sexto estadio de Erikson del desarrollo de "intimidad *versus* aislamiento", en donde la mayoría de los jóvenes se comprometen hasta tal punto que las relaciones íntimas se caracterizan por la profunda solidaridad y el respeto mutuo. En el caso contrario este tipo de compromiso puede dirigirse hacia una profunda sensación de aislamiento por parte de otras personas. Los compromisos de maestría se refieren a los compromisos ocupacionales los cuales están relacionados con la profesión que elige tener cada persona, (Worchel y Shebilske, 1998.)

George Vaillant (1977) realizó, una investigación con jóvenes estudiantes y encontró que en su intento por adaptarse a la vida existen cuatro patrones característicos o mecanismos de adaptación:

- 1) Maduro (que emplea el humor o ayuda a los demás.)
- 2) Inmaduro (desarrolla dolores sin fundamentos físicos.)
- 3) Psicótico (que distorsiona o niega la realidad.)
- 4) Neurótico (represión de la ansiedad, intelectualización o desarrollo de miedos irracionales.)

Vaillant menciona, que los jóvenes que utilizan los mecanismos de adaptación maduros tienen muchas más posibilidades de éxito, de ser felices, más sanos mental y

físicamente y se sienten más satisfechos con las diversas actividades que realizan. También este autor mencionó una etapa que se da específicamente en la juventud a la cual denominó “consolidación de la carrera” la cual se presenta entre los veinte y treinta años y en donde las personas muestran su preocupación por posicionarse de una carrera que les ayude más adelante a obtener un empleo. Esta etapa termina en la edad madura cuando las personas dejan de pensar compulsiva e irreflexivamente en su aprendizaje ocupacional, (Papalia y Wendkos, 2001.)

Por otro lado, el psicólogo Daniel Levinson (1978) formuló, otra teoría de etapas sobre el desarrollo de la vida de los jóvenes y propuso un modelo que incluía periodos de relativa estabilidad entremezclados con otros de transición, (Hoffman et al. 1996.)

Levinson observa los años desde los 17 a los 22 como un periodo de transición a la juventud; las personas abandonan las normas familiares y los grupos adolescentes y trabajan para independizarse psicológicamente de sus padres, es decir, organizan sus propias ideas convirtiéndose así en una persona más autónoma tomando decisiones propias con el fin de lograr la consolidación de sus metas. Entre los 22 a 28 años, se ingresa a momento de hacer elecciones, definir metas, establecer la ocupación y el matrimonio, además existe conflicto entre el deseo de explorar y el deseo de comprometerse. De los 28 a 33 años, se reelabora y modifica la estructura vital; para algunos es una transición suave, mientras que para otros supone una crisis desgarradora; hay una necesidad creciente de cambio antes de verse atrapado por los compromisos, (Rice, 1997.)

Levinson ubicó esta teoría sólo para hombres jóvenes, debido a que sus estudios fueron realizados con este tipo de población, sin embargo, también propuso que las mujeres pasan por etapas similares pero se enfrentan a situaciones más serias como el

adoptar una reevaluación intentando cambiar su enfoque a una profesión o a formar una familia, tratando de integrar nuevos compromisos en su vida pero las situaciones adversas que pueden enfrentar les impiden cumplir con sus expectativas. Las razones que provocan esto son: la vida de la mujer es más difícil por los varios roles que va jugando en varias esferas de su vida. Las mujeres ponen mayor énfasis en la intimidad muchas no lo logran ni en sus relaciones de pareja ni con otras mujeres, debido al trabajo y a la familia tampoco tiene tiempo para compartir tanto con la pareja como con las demás personas que los rodean, (Rice, 1997.)

Por su parte Erik Erikson (1982) formuló, una teoría en la que el desarrollo humano pasa por ocho etapas. Específicamente en la etapa de la juventud menciona que se presentan cambios sociales y emocionales, los cuales se pueden explicar por medio de la "crisis de intimidad *versus* aislamiento", Erikson la considera esencial en la juventud, en donde fundamenta que los jóvenes necesitan y desean la intimidad además de que requieren establecer compromisos profundos con los demás. Si no pueden lograrlo o temen hacerlo, permanecerán aislados o abstraídos y así, la capacidad para establecer una relación íntima, que demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de la identidad, el cual es un aspecto que se ha resuelto en la adolescencia. Sólo cuando la persona esta lista para la intimidad, puede ocurrir lo que Erikson llama "genitalidad verdadera" donde la vida sexual de las personas está dominada por la búsqueda de la identidad o por "luchas fálicas o vaginales que convierten la vida sexual en una especie de combate genital". Sin embargo, pueden estar dispuestas a arriesgar la pérdida transitoria del yo en el coito y el orgasmo por situaciones que exigen entrega absoluta con el fin de aspirar a una "utopía de la genitalidad" que significa el orgasmo mutuo en

una relación amorosa en el que se comparte la confianza y se regulan el ciclo de trabajo, la procreación y la recreación, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Bernice Neugarten (1987) sostiene, que el curso de desarrollo depende de la época en que se presentan ciertos eventos en la vida de las personas llamándole a éstos acontecimientos “modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos” el cual incluye eventos normativos que suceden a tiempo, y eventos no normativos que ocurren a destiempo. En el caso de la juventud menciona que los eventos que se espera que se presenten son: el establecimiento de relaciones amorosas estrechas, el inicio y término de una carrera universitaria, la incursión en el ámbito laboral, contraer matrimonio y tener hijos. Si los eventos ocurren como se prevé, el desarrollo transcurre con normalidad; si no, puede surgir el estrés y afectar el desarrollo, ya que este es el resultado de un evento imprevisto, (Papalia y Wendkos, 2001.)

Como se observa, Rogers, Gould, Lowenthal, Vaillant, Levinson, Erikson y Neugarten, describieron un periodo de transición entre la adolescencia y la juventud, como fases de lucha, logro y crecimiento en la medida en que los individuos jóvenes ingresan al mundo adulto, esforzándose por tener éxito en sus ocupaciones y en sus relaciones de pareja. Rogers considera, que en el desarrollo del joven es importante contar con una personalidad funcionalmente completa que lo ayude a enfrentarse con las diversas situaciones que se le presentan y no se convierta en una persona incapaz de utilizar sus propias habilidades; también menciona que el joven es capaz de evaluar correcta o incorrectamente su conducta adquiriendo con esto la confianza de reconocer sus propias capacidades. Para Gould la entrada a la juventud significa alejarse de los padres, deseo de intimidad con los compañeros, trabajar, obtener competencias como

adulto, prepararse para el futuro y controlar las emociones y al llegar a los 30 años surge una confusión de roles que implica un cuestionamiento del yo, la relación de pareja y la carrera. Por su parte Lowenthal manifestó, que en la etapa de la juventud surgen tres acontecimientos importantes que definirán el estilo de vida que tendrán las personas más adelante; estos acontecimientos están relacionados con la formación del razonamiento moral más amplio, la unión con una pareja que implica la búsqueda de un compromiso mutuo y la formación académica y laboral. De acuerdo con Vaillant, los jóvenes pueden adoptar diversos mecanismos para enfrentarse a las experiencias de la vida, aunque para este autor el maduro es el más adecuado para lograr la madurez y alcanzar la felicidad en donde también participa la consolidación e una carrera. Levinson menciona, que la transición de la juventud implica abandonar a la familia, a los grupos adolescentes, ir a la universidad y contraer matrimonio; la entrada al mundo adulto se refiere a la elección y definición de metas, ocupación, matrimonio y compromiso, y por último se origina la transición de los 30 años que consiste en reelaborar y modificar la estructura de la vida. Erikson menciona, que al entrar a la juventud se debe lograr la intimidad y la consolidación de una relación amorosa que implica que ambas personas lleguen a una realización sexual mutua tanto emocional como orgánicamente. Por último Neugarten considera, que a lo largo de la vida surgen una serie de acontecimientos que deben de suceder en determinadas etapas, así en la juventud ubica sucesos que definen este periodo ya que si no se llevan a cabo puede afectar el desarrollo.

Por otro lado, es importante considerar la naturaleza y el alcance de los cambios que ocurren durante los años de esta etapa, ya que existe una mayor independencia en el aspecto emocional, funcional, de las actitudes y de los conflictos, lo cual lleva a los

jóvenes a tomar decisiones con respecto a los acontecimientos que suceden principalmente en la juventud como son: la elección de una carrera universitaria, tener un empleo, la elección de una pareja y la decisión de iniciar una vida sexual activa, lo cual provoca que las personas desarrollen un criterio más objetivo y realista que los llevará a tener una mayor comprensión de los sucesos ocurridos en esta etapa y de las consecuencias que éstos conllevan, las cuales pueden ser ocasionadas por el mismo joven. De este modo, se abordarán los aspectos importantes de los cambios físicos, cognoscitivos, emocionales, morales, sexuales y sociales que ocurren durante la juventud.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Craig (2001) menciona, que en la etapa de la juventud los aspectos del desarrollo físico como la vitalidad, la fuerza, la resistencia, el funcionamiento de los órganos, las habilidades motoras alcanzan su nivel máximo, de este modo tiene una inquietud y un deseo por realizar diversas actividades, las cuales no pueden provocar un agotamiento extremo, ya que se sienten importantes porque tienen los elementos para desempeñarse en varios ámbitos.

Los hábitos de salud y ejercicio pueden tener mayor importancia en esta etapa, sin embargo, no todos los jóvenes pueden presentar cambios en su forma de alimentarse y realizar actividades físicas, lo cual se debe a que como se encuentran en un alto nivel de rendimiento físico el tema de la salud no es importante para ellos, por lo tanto, puede surgir que la complexión de algunos jóvenes cambie, ya que la proporción de tejido adiposo aumenta en algunos y en otros disminuye debido a una dieta deficiente y la falta de ejercicio, lo cual contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas como es el caso de la obesidad. Por el contrario, cuando las personas se enfocan principalmente

en el mantenimiento de un cuerpo delgado pueden recurrir a diversos métodos y al ejercicio excesivo con el fin de lograrlo, lo cual puede originar el surgimiento de trastornos como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobrealimentación compulsiva y los trastornos no específicos.

Básicamente, en la etapa de la juventud se goza de mayor salud y vitalidad que en cualquier otra etapa del desarrollo humano, esto ocasiona que la mayoría de los jóvenes se sientan bien con ellos mismos y por lo tanto, que busquen realizar una serie de actividades que, posiblemente en otra etapa no realizarían; es así como su energía es canalizada al aprendizaje de conocimientos a veces mal manejados a través de sus propias experiencias mal interpretadas para lograr estándares físicos, ocupando la apariencia física un lugar primordial en la vida de estas personas, ya que a través de ella pueden lograr la seguridad de obtener lo que buscan de la sociedad.

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES

Como el joven sufre una serie de acontecimientos en su vida, es lógico que surjan en él una serie de emociones que lo ayuden a expresar lo que está sintiendo en cada momento, así, al enfrentarse a situaciones nuevas y diferentes, experimenta sensaciones nuevas que pueden ser manifestadas intensamente con base en el estado de ánimo de la persona y de lo significativo que puede ser algún evento vivido.

Rice (1997) menciona, que las emociones en la etapa de la juventud son vividas de acuerdo a las diversas situaciones que se enfrentan. El ánimo es una emoción que el joven experimenta al plantearse nuevas metas a seguir, ya que como trata de lograr una satisfacción personal, el ánimo es lo que lo impulsa a trabajar para conseguir sus objetivos. Esto da como consecuencia que exista una congruencia entre lo que se desea alcanzar y lo que es posible obtener, ya que la persona empieza a encontrarle

significado a la vida cuando tiene un propósito y luego se esfuerza por conseguir una meta y así puede surgir la felicidad que es una emoción que se origina a partir de los diferentes acontecimientos que experimenta el joven tales como los momentos agradables compartidos con los amigos, la familia y la pareja, además de los logros personales y laborales.

Ya que en la juventud se experimentan diversas situaciones pueden surgir estados de tensión física, mental o emocional, los cuales ocasionan presiones personales que pueden impedir que éste reaccione adecuadamente ante los momentos que atraviesa, debido a que existen distintas causas que pueden provocar estrés, éstas son: las relacionadas con el trabajo, la tensión de los roles jugados, las relaciones interpersonales, la transición o cambios y crisis existenciales. Aunque es importante mencionar, que debido a las diversas experiencias que el joven ha tenido, puede ser capaz de considerar posibles soluciones a los problemas que se le presenten, por lo tanto, puede evaluar distintos puntos de vista que lo llevaran a crear nuevas formulaciones de ideas que le ayuden a tener la satisfacción que está buscando.

Rice (1997) menciona que “los sentimientos de los jóvenes tendrán influencia en el desarrollo de la personalidad ya que al enfrentarse a situaciones diversas como las relaciones amorosas, el empleo y las actividades cotidianas estas tendrán un efecto considerable sobre la felicidad y la satisfacción con la vida” (p. 571.)

La apreciación más equilibrada del propio valor y de aquellas personas que lo rodean, suele producir en los jóvenes un cambio en sus sentimientos y relaciones con estas personas, en este cambio de los sentimientos y relaciones contribuyen en gran medida el desarrollo de la reflexión y el juicio que les permite ver a dichas personas con más perspectiva y despego, desprendiéndose afectivamente de lo que antes podría irritarles

y herirles profundamente. Una cierta sinceridad, mezclada a veces con resignación o concesiones indulgentes, les hace aceptar a los otros y a sí mismos como seres no perfectos con sus defectos a los que es necesario acomodarse, (Moraleda, 1995.)

El convertirse en un joven supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos entre ellos y desarrollar una personalidad plena, lo cual significa actuar de manera madura y asumir responsabilidades. Por este motivo, el joven para lograr cumplir con sus metas utiliza su pensamiento, el cual, para ésta etapa ya debe estar capacitado para seleccionar entre varias opciones las más adecuadas. Lo que se busca es moldear una identidad que sea más firme y que a su vez ayude a encontrar la intimidad que lleve a seleccionar una pareja, a desarrollar una estabilidad emocional y a lograr la autonomía con respecto al círculo social que lo rodea.

Por lo tanto, en la etapa de la juventud las emociones son adaptables, ya que van cambiando de acuerdo a sus experiencias y son una forma de expresar la influencia que tienen todos los acontecimientos vividos en esta etapa. Cabe mencionar, que el motor que mueve al joven es la motivación, ya que por medio de ésta se logra que las personas sean más emprendedoras, porque al tener metas establecidas buscan con más persistencia alcanzarlas para que a la vez logren tener felicidad y satisfacción con la vida.

CARACTERÍSTICAS MORALES

Otra característica que se consigue a través de la juventud es darle una estructura a sus valores, ya que al interiorizar ideales observados en la sociedad perfecciona y consolida su independencia y valores dándole una ordenación jerárquica y de esta manera una dirección que se llama forma de vida, (Moraleda, 1995.)

Kohlberg (1973) manifestó, que existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: 1) confrontar valores en conflicto fuera del hogar como sucede en la universidad 2) responder por el bienestar de otras personas, como la pareja y los amigos, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Estos principios morales se desarrollan desde la adolescencia, pero, se actúa de acuerdo a estos principios a partir de la juventud, cuando las crisis y los puntos de vista cambiantes sobre la identidad giran alrededor de asuntos morales.

Moraleda en 1995 mencionó, que algunas de las personas con quienes los jóvenes aplican los valores que han adquirido, son con los amigos, ya que piensan que la amistad desempeña un rol importante en sus vidas porque ésta implica confianza, respeto, disfrutar la compañía del otro, comprensión, aceptación mutua, voluntad para brindarse ayuda mutua, confianza recíproca, espontaneidad o el sentirse libre para ser uno mismo. Los vínculos sociales fomentan un sentimiento de ampliar sus intereses y deseos con un medio más amplio y no sólo con pequeños grupos o reducidas amistades. Los motivos que llevan a los jóvenes a no limitar sus contactos a unos cuantos amigos y a buscar establecer nuevas y continuas relaciones, están en el afán de ampliar y enriquecer su experiencia.

Se ha demostrado que las personas que viven aisladas de los amigos y la familia tienen doble probabilidad de enfermarse y de padecer depresión; que las que mantienen vínculos sociales, ya que no tienen con quién compartir sus sentimientos, ideales, metas y logros en la vida. Esto está respaldado por los hallazgos de Anson (1989), el cuál piensa que el que una persona viva con otra mejora la salud, el apoyo emocional de otra persona contribuye a minimizar los efectos del estrés y los vínculos sociales

pueden fomentar el sentimiento de fijarse un propósito en la vida y mantener la coherencia, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Retomando lo anterior se reconoce que, para el joven es importante que una vez que se haya estructurado su jerarquía de valores, tendrá la oportunidad de aplicarlos cuando esté en contacto con otras personas, de este modo podrá entablar relaciones más estrechas tanto con los amigos como con su pareja con los que compartirá una serie de cualidades como la comprensión, tolerancia, lealtad y afecto que ayudaran a fortalecer su autoestima.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Carretero, Palacios y Marchesi (1995) mencionan que “a fin de hacer frente a las relaciones y las responsabilidades que de ellas emanan, la gente desarrolla un sistema de reglas que gobiernan, organizan, delimitan y dan significado al mundo interactivo del sujeto que ayudaran a mantener la calidad de esas relaciones y a conformar la personalidad” (p.217.) Pedrosa (1976) considera, que la personalidad en la etapa de la juventud es dirigida por una autoconciencia y la influencia del entorno, esto es, dicha personalidad hace referencia a una conducta ética en la cual el joven es más universal en su criterio moral que en su comportamiento, es decir, el criterio sigue los resultados del aprendizaje, el consenso común y los principios universales, lo cual hace pensar que la conducta varía según las circunstancias, ya que el joven actúa movido por un juicio más maduro que en épocas pasadas debido a que su criterio se fundamenta en una jerarquía de valores.

Aunque la conducta en la etapa de la juventud es variable, la personalidad se va fortaleciendo a través de las múltiples experiencias que se viven y de los valores ya

establecidos, por lo tanto, el joven posee una personalidad más definida que la que tenía anteriormente.

También en dicha etapa se comienza una carrera universitaria ya que ésta ofrece la posibilidad de realizar las metas planteadas anteriormente y el modelar una nueva identidad. Básicamente, el cursar una carrera universitaria ayudará no solamente a las personas a lograr una meta establecida, también creará en ellas un pensamiento más flexible y maduro del que poseían anteriormente; por ejemplo, a medida que los estudiantes se enfrentan con una variedad de ideas van aceptando la existencia de varios puntos de vista sin rechazar los suyos propios, reconocen que cada persona posee su propio sistema de valores y creencias y que son tan válidas como las de los demás y afirman su identidad basándose en los valores y compromisos que escogieron para sí mismos, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Es así como Stassen y Thompson (2001) mencionan, que el objetivo de estudiar una carrera universitaria es el desarrollo intelectual, ya que aumenta la flexibilidad y los recursos de las capacidades de razonamiento. Además, lleva a las personas a ser más tolerantes con diferentes posturas que difieren de las suyas propias, y a ser más flexibles y realistas en sus actitudes. También el cursar una carrera universitaria tiene el propósito de asegurar un mejor empleo, esto es, en cuanto a jerarquía de puestos y una buena remuneración, además de que por medio de éste se trata de cumplir con una de las metas propuestas en la vida. De este modo, el joven aprende a que el trabajo es un medio por el cual recibirá una remuneración económica que le ayude a subsistir, a adquirir nuevos roles dentro de la sociedad y a obtener nuevos aprendizajes. Además, el empleo en la juventud se convierte en un método para demostrar a los demás la

independencia que se ha adquirido, ya que el compromiso y los deseos por superarse se convierten en un impulso para las personas (p.35.)

Robert Havighurst, (citado en Berryman, 1994), señaló, que el trabajo, provee nuevas experiencias y variedad de actividad, además influye en la personalidad, la vida familiar, las relaciones sociales y las actitudes, ya que el entorno laboral es un estímulo que está presente durante un largo periodo de tiempo, por lo tanto la persona se vuelve más madura, flexible, puede proveer una fuente de autorespeto, estatus, independencia familiar, prestigio y es un medio para hacer y mantener el contacto con las personas.

De este modo, el trabajo puede ser una fuente de gran satisfacción para los jóvenes, especialmente cuando ofrece un sentido de creatividad, productividad o logro. Los jóvenes que encuentran sus puestos gratificantes, suponen un reto siempre que estén bien remunerados, se les den los recursos que necesitan para hacerlo bien y si sus condiciones laborales son buenas.

En algunas ocasiones los jóvenes que laboran posiblemente estén menos satisfechos con su trabajo y no logren obtener lo que buscan debido a que están realizando sus primeros ensayos en este ámbito, por lo tanto, es probable que éstos se involucren menos con sus trabajos, tengan menos compromisos con los empleadores, tengan ausentismos evitables y es más probable que cambien de trabajo en ésta época y no más adelante, (Moraleta, 1995.)

Papalia y Weendkos (1998) manifiestan, que el incremento del costo de la vida ha provocado que las mujeres incursionen en el ámbito laboral como no sucedía en épocas pasadas, esto ha originado que el trabajar otorgue la posibilidad de demostrar que se tiene capacidad para hacerlo, para ganar dinero, lograr reconocimiento y satisfacer necesidades personales. Por su parte, Craig (2001) opina, que esto genera que las

mujeres encuentren satisfacción y tengan una realización personal, ya que les parece interesante y atractivo; y ven en éste la oportunidad de autodirigirse, de asumir mayores responsabilidades, tener una mayor seguridad futura y la posibilidad de progresar. La tendencia a contraer matrimonio y a tener hijos a una mayor edad ha contribuido a que las mujeres se fijen objetivos ambiciosos con respecto a una carrera; más aún, se ha vuelto casi una norma que las mujeres tengan un trabajo remunerado antes de que se casen, y si se casan, tratan de continuar en su trabajo remunerado hasta que se espere el primer hijo. Este suceso en la vida de la mujer está relacionado con el aprendizaje que en la actualidad se vive con respecto a que la mujer debe contribuir de forma económica en su familia para que ésta goce de una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, se puede decir que en la juventud existe una motivación hacia el logro que hace que las personas se esfuercen por alcanzar objetivos establecidos entre los cuales se encuentra el cursar una carrera universitaria para conseguir un mejor empleo, ya que este implica la oportunidad de demostrar las habilidades y capacidades que se tienen para ciertos ámbitos profesionales y laborales, y particularmente el empleo implica recibir una remuneración económica y el sentir que se tiene éxito en algo, lo cual hace que la vida parezca productiva y con sentido.

Cabe señalar, que estudiar una carrera universitaria no es el único medio a través del cual los jóvenes logran cumplir con sus metas establecidas, por lo tanto, se puede decir que aquellos jóvenes que no deciden estudiar una carrera es debido a que han encontrado a través de otros medios la satisfacción que están buscando, reconociendo con esto que la responsabilidad, la capacidad de razonar, la tolerancia, la confianza y la aceptación de actitudes e ideas de los demás son características que los jóvenes

pueden desarrollar aún sin haber cursado una carrera universitaria, (Stassen, Thompson, 2001.)

CARACTERÍSTICAS SEXUALES

Con relación al aspecto sexual es importante mencionar que el joven sufre una serie de cambios vinculados a la búsqueda de una madurez genital en donde se busca tanto la satisfacción sexual como la satisfacción emocional, las cuales pueden ser encontradas en una pareja, por lo cual, la vida sexual de un joven puede iniciar con la búsqueda del placer sexual que más adelante conllevará al establecimiento de relaciones amorosas duraderas que representan para el joven un compromiso total.

Schwarz (1975) considera, que la maduración psicosexual se alcanza, según al realizarse la fusión de los dos elementos: la genitalidad y el eros. Esta fusión se presenta a partir del final de la adolescencia en la masculina, entre los 20-25 años. Desde ahora sexualidad y erotismo se fusionan en unidad de vivencias. Entonces se experimenta el acto sexual como un símbolo que contiene deseos y necesidades que serán satisfechos en la culminación del acto sexual en el hombre, mientras que en la mujer se despierta el deseo sexual por el encuentro del hombre. Este despertar se realiza a nivel consciente e inconsciente. Por lo tanto, este tipo de relaciones lleva a la comunicación, felicidad, al estímulo que lleva a la persona a una situación de satisfacer sus necesidades como tener entusiasmo ante la vida, un estado de armonía consigo mismo, el deseo de madurar juntos tomando decisiones cada vez más complejas y profundas, el deseo de compartir con otra persona los logros y fracasos, (Moraleda, 1995.)

De acuerdo con Garza (1999), la genitalidad consta de la capacidad para desarrollar potencia orgásmica, la cual es más que la descarga de productos sexuales, es decir, se

mezcla tanto lo orgánico como las cualidades de compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad, donde éstas emociones se deben de sentir recíprocamente para llegar a una madurez genital, por lo tanto, es un medio de compartir el placer genital donde se reconoce la necesidad de tener una pareja para satisfacer sus impulsos sexuales.

Según Moraleda (1995), existen dos tipos de conducta sexual en la juventud: el petting y la conducta sexual plena. El petting es un conjunto de gestos, abrazos, caricias, besos en todo el cuerpo que lleva a la pareja a un alto grado de excitación. Suele terminar con la masturbación recíproca y sin conclusión orgánica. El petting es importante porque a través de éste el joven explora y conoce su propio cuerpo y el de su pareja y de esta manera profundiza en su relación sexual para culminar en una relación más madura sexualmente, la cual se logrará por medio del coito. La conducta sexual llega por primera vez a estas relaciones plenas, sobre todo si en los años finales de la juventud, muy a menudo es de común acuerdo y por decisión de ambos miembros de la pareja, impulsados no sólo por el deseo físico, sino también por el deseo de conocerse. Esto se manifiesta en el joven al iniciar una relación de pareja, ya que en ella busca una serie de características personales que satisfagan sus necesidades y lo ayuden a tener una vida plena, por lo tanto, puede mostrar un gran interés en el estilo de vida y en las aspiraciones de la otra persona para conocer si ésta le ayudará a complementar su proyecto de vida.

Monedero (1986) menciona, que dentro de esta búsqueda de una relación estrecha que implica tener un compromiso, otro aspecto importante a considerar es la diferencia en la manera en que cada sexo vive su sexualidad y el amor. El hombre vive su sexualidad de una forma mucho menos comprometida, mientras que la mujer responde a actitudes

personales profundas. La sexualidad masculina es externa y activa como sus propios órganos genitales, mientras que la de la mujer es pasiva y profunda correspondiéndose con la estructura de los suyos. Esto se puede explicar por medio de los diversos roles sexuales; al hombre se le educa para que sea activo y muestre comportamientos sexuales cada vez que se le presente la ocasión; la mujer por el contrario, debe ser recatada y entregar su sexualidad sólo al hombre que ama; de este modo, el hombre se dedica preferentemente a la práctica de la sexualidad y la mujer se dedica a la del amor.

Por lo tanto, en la etapa de la juventud las relaciones sexuales se basan no solamente en la búsqueda de placer físico, sino también en el deseo de entablar relaciones más estables, en donde se mezclan sentimientos con el fin de tener que cubrir la necesidad de intimidad, la cual implica algún sacrificio personal para evitar el aislamiento. Probablemente lo que ayuda a que una relación de pareja se complemente es que el hombre es la parte sexual y la mujer la emocional.

En las relaciones amorosas que se dan en la juventud surge el sentimiento del amor. Sin embargo, para poder entablar una relación amorosa estrecha el joven necesita resolver diversas situaciones en su relación de pareja con el fin de que este proceso le ayude a reconocer que la persona con la que está en ese momento es la indicada. Para entender una relación amorosa se distinguen tres fases en la evolución sexual:

- 1) Se refiere básicamente al intercambio de ideas, pensamientos y la convivencia en general que hay entre la pareja, con el fin de encontrar entre ese grupo a la persona que los atraerá físicamente.
- 2) Entablar una relación superficial en donde existe el enamoramiento pero aún no hay un compromiso entre las dos personas que se atraen.

- 3) Se ubica a la juventud, se da un cierto compromiso en la relación; además entre las parejas predomina un cierto interés por el compañero, el cual va más allá que el interés físico y las cualidades externas.

El conocimiento mutuo se dirige hacia la elección de comunes ideales, igualdad de deseos y proyectos para la vida y así el enamoramiento se transforma en definitiva en ese sentimiento más complejo que se llama amor, (Moraleta, 1995.) Según Papalia y Wendkos (1998), el amor en la juventud es un sentimiento que debe estar presente en las personas para que les ayude a encontrar a la persona con la que desean estar el resto de su vida y para esto se necesita que al elegir al ser amado esté presente algún elemento de egolatría, es decir, que la pareja debe presentar rasgos comunes tales como: apariencia y atractivo físico, salud mental y física, inteligencia, popularidad, calidez, felicidad individual y algunos otros factores como el estrato socioeconómico, raza, religión, educación e ingresos. Así, las personas escogen compañeros cuyas cualidades complementan las suyas lo cual ayudará a lograr una estabilidad emocional entre la pareja, por lo tanto el amor que existe entre dos personas jóvenes debe contener tres elementos para que éste no se extinga. La intimidad como un elemento emocional que comprende la autorrevelación que conduce al vínculo, el afecto y la confianza, la pasión, como elemento de motivación y en donde los impulsos interiores transforman el deseo inicial en deseo sexual y por último el compromiso, como elemento cognoscitivo que ayuda a tomar la decisión de amar y permanecer con el ser amado, (Sternberg, 1999.)

Es así como el amor nace en las parejas jóvenes cuando éstas han encontrado en otras personas cualidades que complementan sus pensamientos e ideas con respecto a la vida; aunque con esto no queremos decir que todas las parejas piensan de la misma

manera, es decir, que sus objetivos en la vida son exactamente los mismos, si no más bien se trata de explicar que cada persona joven al momento de elegir a alguien como pareja observa en esa persona algunas cualidades físicas y descubre pensamientos, sentimientos e ideas que son agradables y que más adelante se vuelven necesarios para la vida de la otra persona.

Por otro lado, el joven al buscar una estabilidad en todos los aspectos de su vida se deja llevar por sus impulsos que lo conducen a dicha búsqueda. Por este motivo, pueden tener relaciones sexuales con distintas personas con el fin de encontrar a la que satisfaga no solamente sus necesidades sexuales sino también las de amor, comprensión y compañía.

Los jóvenes toman decisiones acerca de que estilo de vida escoger, si se comprometen en una relación sexual informal, recreativa o formal. Las relaciones causales son propias de las personas jóvenes solteras, sin embargo, los jóvenes que no sostienen relaciones prematrimoniales lo adjudican a varias razones como: escrúpulos morales y religiosos, temor a cómo esto afectará un futuro matrimonio, miedo al embarazo, a las enfermedades de transmisión sexual y a la opinión pública, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Garza (1999) menciona, que para entablar una relación íntima madura es necesaria la confianza básica en el otro ya que esta relación se construye sobre la autonomía segura de ambas partes; también el sentido de identidad proporciona en la pareja el papel del ego estable, una capacidad sana para la fidelidad y una serie definida de valores y prioridades.

Se llega a una estabilidad emocional en las relaciones de pareja de la juventud cuando las dos personas crean entre ellos un vínculo afectivo en el que interactúan

constantemente llegando a sentir por medio de la relación de pareja la realización vital, es decir, experimentan una satisfacción de necesidades tanto sexuales como emocionales generando esto un equilibrio entre ambas.

CARACTERÍSTICAS COGNOSCITIVAS

En el plano cognoscitivo también se alcanza un alto nivel de funcionamiento, por lo tanto, el pensamiento de los jóvenes puede ser más complejo y diversificado debido a que desde su nacimiento han ido interiorizando experiencias y conceptos del medio que se van integrando a sus esquemas mentales, adaptándose las personas a éstos y detectando al mismo tiempo sus propias necesidades, por lo cual, tratarán de identificar aquellas características que los ayuden a lograr sus objetivos establecidos, así que la juventud es una etapa completamente activa que sufre una serie de transformaciones debido a que sus experiencias influyen en su funcionamiento intelectual logrando desarrollando sus capacidades o entorpeciendo éstas, (Craig, 2001.)

Stassen y Thompson (2001) manifiestan, que el pensamiento en la juventud es más personal, práctico e integrante; las capacidades intelectuales están dedicadas a las demandas ocupacionales e interpersonales que conforman la vida y que de este modo se hacen más especializadas y experimentadas una mayor experiencia también hace que la mayoría de las personas acepten y se adapten a las contradicciones e incoherencias de la experiencia diaria, antes que censurarlas o intentar resolverlas. De este modo, un rasgo distintivo del pensamiento del joven consiste en darse cuenta de que la mayoría de las respuestas que se dan en la vida son provisionales en lugar de duraderas.

Algunos autores definen al pensamiento de la juventud con diferentes términos y características, los cuales serán mencionados a continuación:

El pensamiento formal es característico de la etapa de la juventud donde las manifestaciones son originadas por las aptitudes naturales y también por el aprendizaje. Jean Piaget (1999) afirma que “se ha alcanzado dicho pensamiento en el momento en que el sujeto es capaz de razonar de un modo hipotético-deductivo, es decir, sobre simples suposiciones sin relación necesaria con la realidad o con las creencias del sujeto” (p.163.) En la juventud se puede observar que al elegir una carrera tienen una idea vaga si razonan con respecto a que si dicha carrera cubrirá sus expectativas de logro, reconocimiento, remuneración económica y oportunidad.

John Flavell (1993) considera que “las operaciones formales son el logro más alto en el desarrollo intelectual y el estado de equilibrio final hacia el cual se ha movido la evolución intelectual desde la infancia” (p.222.) Estas operaciones son orientadas hacia las cosas concretas del presente inmediato, donde concierne la distinción entre lo real y lo posible.

Según Rice (1997), un individuo ha alcanzado el pensamiento operacional formal cuando ha desarrollado la habilidad de presentar cuatro procesos distintos de pensamiento:

- 1.- Introspección, que es la capacidad de pensar en el pensamiento, es decir, se analiza y pone en tela de juicio las ideas, como por ejemplo, si la pareja que se tiene es la adecuada, partiendo de las necesidades socioafectivas del sujeto.
- 2.- Pensamiento Abstracto, es la capacidad de trascender lo real para considerar conceptos y cualidades no concretos por ejemplo, piensa en alcanzar algunas metas con respecto al trabajo y consecuencias que éstas generan con respecto a que se obtenga una buena remuneración económica, aunque éstas no se cumplan inmediatamente.

- 3.- Pensamiento Lógico, que es la capacidad para reunir hechos e ideas y a partir de ello llegar a conclusiones correctas, por ejemplo, tiene la capacidad el joven de crear ideas más reales para la solución de problemas. Cuando existe un conflicto con la pareja se tiene varias alternativas para darle solución a este problema sin afectar a ninguna de las dos partes.
- 4.- Razonamiento Hipotético, que es la capacidad para formular suposiciones y probar su veracidad considerando numerosas variables es decir, se formula preguntas y respuestas y de todas éstas se elige la más conveniente. En el ámbito laboral el joven al verse en la necesidad de tomar una decisión tendrá que plantearse varias alternativas y elegir la más adecuada para dicha solución.

Por lo tanto, el joven al poseer un pensamiento repleto de ideas y de conceptos concretos respecto a su medio ambiente, es capaz de distinguir aquello que es útil para resolver problemas, además tiene la capacidad de reconocer las consecuencias que traen sus acciones que están formuladas en su pensamiento con sus posibles soluciones a los objetivos que se ha planteado. En esta etapa, el pensamiento del joven es más objetivo en donde su mente ya tiene la capacidad de relacionar los objetos y situaciones a su experiencia y no solamente verlos como un acontecimiento ocurrido en su vida.

Para Warner Schaie (1986), las herramientas del pensamiento operacional formal es el logro central de lo que llama periodo de adquisición. En la juventud se aplican las capacidades intelectuales para poder cursar una carrera y escoger un estilo de vida; Schaie llama a esta etapa, "periodo de realización", porque se aplican las capacidades intelectuales, de resolución de problemas y de toma de decisiones para lograr las metas

y un plan de vida. Así, los individuos que efectúan con éxito la planeación alcanzan cierto grado de independencia y logran adquirir habilidades cognoscitivas, (Craig, 2001.) Warner Schaie, (citado en Horrocks, 2001), afirma, que el desarrollo intelectual está en relación con el reconocimiento que las personas hacen de lo que es importante y significativo en sus vidas. Este autor presenta etapas del modelo del desarrollo cognoscitivo tomando para la etapa de la juventud como relevante la segunda donde abarca los últimos años de la adolescencia o desde los 20 años hasta entrar a los 30. Es llamada etapa de logros donde las personas no sólo adquieren el conocimiento para su propio beneficio, sino también para utilizarlo en alcanzar competencia e independencia. En esta etapa se desempeñan mejor en tareas que tengan importancia para las metas a corto o largo plazo que se han fijado en la vida.

El joven tratará de buscar medios que lo ayuden a cumplir con las expectativas que se ha formulado, por ejemplo: si ingresa a un nuevo empleo lo primero que busca es recibir una remuneración económica buena y la oportunidad de ir mejorando conforme adquiere habilidades en su puesto, con el fin de tener una estabilidad tanto emocional como económica y un sentido de pertenencia dentro de la competitividad del grupo laboral. Es así como los jóvenes tienen la capacidad de utilizar el pensamiento operacional formal para la resolución de problemas de una forma lógica y coherente, sin embargo, es importante mencionar que dicho pensamiento está influido por los años de educación formal y el nivel de inteligencia de cada individuo, así que no todos los jóvenes tendrán la capacidad de lograr una independencia en todos los aspectos de su vida, sino más bien lograrán obtener lo que sus habilidades y capacidades les permitan. Stassen y Thompson (2001) consideran, al pensamiento del joven como un pensamiento postformal, el cual sirve para resolver problemas de la vida real, además

es menos abstracto y absoluto que el pensamiento formal, se adapta mejor a las incoherencias de la vida y es capaz de combinar elementos contradictorios en un todo global. En este tipo de pensamiento se debe tener en cuenta los sentimientos y las experiencias personales, así, el pensamiento del joven debe implicar la interacción entre las formas abstractas y objetivas del procesamiento y las formas expresivas y subjetivas que surgen de la sensibilidad hacia el contexto. De este modo, la persona debe reconocer que la vida implica incoherencias, incluidas las del análisis intelectual y las realidades emocionales. Así, estas características del pensamiento postformal sugieren que aparecen nuevas capacidades en los jóvenes que les permiten enfrentarse a las experiencias de la vida con una mejor adaptabilidad, de modo más realista y competente que cuando eran adolescentes. Lo cual hace pensar que este tipo de pensamiento surge de la experiencia de la vida y la educación.

Por otro lado, Klaus Riegel (1975-1984), ha profundizado en el pensamiento que caracteriza a los jóvenes y destaca la comprensión de las contradicciones como una conquista importante de ésta etapa y propone una etapa que llama pensamiento dialéctico. En ésta, el individuo examina y reflexiona; después, trata de integrar ideas y observaciones contrarias o antagónicas. Un aspecto importante de este tipo de pensamiento es la integración de lo ideal y lo real; este proceso es permanente y dinámico, nunca estático, (Craig, 2001.) El joven al plantearse objetivos en la vida tiene la capacidad de reconocer aquellas situaciones que serán un obstáculo para lograr lo que se propone, sin embargo, también tiene la capacidad de formular planes que lo ayuden a librar dichos obstáculos y así obtenga los beneficios que desea. Con todo esto en el joven se ha formado una personalidad más firme y madura, que lo ayudará a reconocer que es lo que quiere realmente de la vida y además cómo puede obtenerlo,

aunque no está exento de pasar por situaciones conflictivas que no le permitan actuar de acuerdo a su forma de pensar, pudiendo resolverlas con base en las propias experiencias.

En 1970 William Perry, realizó un estudio donde observó que en la etapa de la juventud las personas empiezan a aceptar y respetar diversas opiniones, además de que comprenden que se pueden ver las cosas de manera diferente según el contexto. Esto se debe a que su capacidad para escuchar diversas opiniones se ha ampliado debido a las experiencias vividas a lo largo de la vida, por lo tanto, es más fácil comprender que cada persona puede tener puntos de vista contrarios a los suyos, (Craig, 2001.)

Es así como Moraleda (1995) afirma, que los jóvenes tienen mayor capacidad de ser más objetivos, realistas y críticos por lo tanto, se dirigen y prestan más atención al mundo real. Esta aproximación crítica al mundo objetivo conduce al joven a un equilibrio entre el idealismo y realismo. Esto no quiere decir que el joven ha perdido su facilidad de entusiasmarse por sus ideales, más bien, ya no violenta la realidad con construcciones abstractas y criterios subjetivistas.

También Moraleda (1995) menciona, que el joven al entrar en un mayor contacto con el medio sociocultural, ha asimilado una serie de conocimientos que se hallan dispersos en su conciencia conforme a las distintas esferas del saber, además, se afana por ordenarlos y centralizarlos en una imagen unitaria cerrada del mundo. De esta manera comienza la concepción sólida del mundo que, con base en sus valores propios le dará un significado a todo lo que le rodea y podrá distinguir entre lo aceptado y rechazado según sus creencias. Además, la mentalidad en la juventud funciona en relación con el sistema o jerarquía de valores que determinan su peculiar orientación en la vida. El

concepto de valor media entre lo deseable y lo no deseable como fin o como medio, como objeto meta o como objeto instrumento.

De este modo, en el pensamiento en la juventud se empiezan a integrar el razonamiento y las experiencias vividas, por lo cual este tipo de pensamiento se vuelve más flexible ya que se emplean las capacidades cognoscitivas que ya se poseían anteriormente destacándose el compromiso y la responsabilidad como un rasgo distintivo de la existencia de una madurez cognoscitiva, ya que considera pensamientos contradictorios para integrarlos después, aceptando diferentes criterios y reconociendo que cada persona forma una opinión de las cosas con base en sus experiencias vividas y en sus valores formados en el círculo social al que pertenece.

Es así cómo se reconoce, que la etapa de la juventud es una transición en la vida, al separarse de los padres y convertirse en una persona independiente con iniciativa para tomar las propias decisiones y a la vez decidir el camino que se seguirá a lo largo de la vida: algunas de las características principales para poder definir a una persona como responsable, autónoma y sociable que ha iniciado su participación dentro del mundo adulto y sobre todo ha iniciado la oportunidad de formar su propia identidad, para convertirse en una persona única. Además, la juventud se convierte en una etapa donde se aprenden y adoptan normas, valores, expectativas y roles sociales elegidos y requeridos por un grupo particular; adquiriendo responsabilidades que dan como resultado el aprendizaje de saber comprometerse consigo mismas y con su entorno, propiciando la capacidad de entablar relaciones estrechas y estabilidad en su vida.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una de las conductas que realizan los seres humanos para sobrevivir es el acto de comer, ya que es una necesidad básica para mantenerse vivo, saciar la sensación de hambre, sentirse satisfechos y mantenerse saludables. También representa un acto social, desde el nacimiento el ser humano aprende a alimentarse estando en contacto con otras personas manteniéndose este a lo largo de toda la vida; por lo cual la alimentación también se asocia a múltiples circunstancias que resultarán significativas emocionalmente para el sujeto en su desarrollo. Por ejemplo, cuando la madre está amamantando a su bebé los fenómenos que sobrevienen es mucho más que la simple ingestión, ya que la madre además de alimentar a su hijo está en contacto físico con él, le habla, le sonríe, mira a sus ojos y lo atiende. Así, el bebé no sólo está alimentándose; también está vinculándose a su madre y este momento influirá sobre los significados socioafectivos que el hijo irá adquiriendo a lo largo de su vida.

Las interpretaciones que se le han dado al acto de comer son: que sólo es una práctica incómoda que implica la privación de relacionarse con los demás, la comida se convierte en aprobación o desaprobación social sobre todo durante la niñez, ya que el comer implica recibir un premio y así elevar la autoestima, y el no comer puede implicar un castigo que provoca sentimientos de frustración y culpa. Otros significados que se le dan al acto de comer son, iniciar, ampliar y mantener relaciones personales, expresar amor y cariño, hacer frente al estrés psicológico o emocional, simbolizar experiencias emocionales y representar seguridad ya que al alimento ingerido se le asigna un valor que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come, (Toro, 1999.) Los diferentes significados que tiene el comer van más allá del aspecto

nutricional, ya que también cubren las necesidades de satisfacción, pertenencia y seguridad que el individuo necesita para su realización en las relaciones sociales, familiares, laborales y afectivas.

Cuando las personas no experimentan una sensación de satisfacción con ellas mismas y con lo que hacen, puede generarse un deseo de evitar el alimento, el cual adquiere un significado diferente, que puede estar relacionado con la imagen corporal donde la sociedad en la que se vive juega un papel importante respecto a los cambios en los pensamientos relacionados a la comida. Actualmente el miedo al sobrepeso se ha extendido por todas las sociedades, por lo tanto, se generan trastornos de la ingesta como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos siendo estos más frecuentes, y se desarrollan desde la adolescencia, ya que es el momento en que las personas luchan contra el concepto que tienen de si mismas, con cambios físicos y emocionales, y con las nuevas exigencias de la madurez, lo cual es paralelo a las ideas de que si uno no es delgado no es nadie, por lo tanto, se va creando un ambiente que influye en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, (Toro, 1999.)

Cuando la imagen corporal adquiere un valor estético significativo para las personas, éstas buscan por medio de las conductas como el ayuno, la abstinencia, el control alimentario (dietas), las purgas, el vómito, ejercicio físico, el uso de laxantes y diuréticos, consumir productos light, utilizar productos para reducción de peso y la práctica de pesarse con frecuencia, los cuales constituyen el antecedente del adelgazamiento reforzando a la vez éstas costumbres por medio del cine que promueve criterios estéticos corporales delgados y el surgimiento de los concursos de belleza y los modelos de la mercadotecnia hacen del cuerpo femenino y masculino un objeto de

contemplación, valoración y comparación colectiva provocando la idealización de poseer una imagen diservativa.

A partir de este momento, se tratará de modificar la figura corporal y el deseo de verse delgado a través de los hábitos alimenticios y estará motivado por alcanzar el estereotipo, lo cual llevará a las personas a utilizar los métodos riesgosos para tenerlo. El deseo intenso de las personas en mayor o menor grado es influido por el medio social en el que se desenvuelven, donde éstas le dan un mayor valor al físico corporal y la delgadez que es considerada como un atributo que deben poseer para alcanzar con facilidad la aceptación social. Sin embargo, es importante considerar que las personas que se han desarrollado en un ambiente rígido, estricto, conflictivo y sobreprotector son mayormente influidas y probablemente padezcan algún trastorno de la conducta alimentaria.

En la actualidad existe un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, debido que en la actualidad, influyen factores como la moda, los medios de comunicación y el modelo de belleza y de éxito la delgadez, la cual debe alcanzarse a cualquier precio con el fin de cumplir un ideal físico impuestos por la misma sociedad.

Yager, Landsverk y Edelstein (1995) mencionan, que los trastornos alimentarios son el resultado de la demanda sociocultural de esbeltez, la cual produce una preocupación excesiva por el peso, (Poblano y Trigueros, 2000.)

Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) afirman, que los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones que se caracterizan por un conjunto de comportamientos dirigidos a conseguir o mantener lo que el individuo considera como peso aceptable, siguiendo dietas totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar.

Según Palma (1997), los trastornos de la conducta alimentaria son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios. Estos trastornos se clasifican de acuerdo con las conductas, con las consecuencias que se producen sobre las esferas física, emocional y social y con el resultado final (adaptación o muerte.)

Tannenhaus (1999) menciona que “un trastorno de la conducta alimentaria está caracterizado por una relación impropia con la comida o por una grave desviación de los hábitos alimentarios que afecta la salud física y el bienestar emocional y perjudica el desempeño social y profesional” (p.33.)

Según Hales, Yudofsky y Talbott (2000), los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes con una causa, un curso y unas características comunes, además de que se clasifican según el conjunto de síntomas que presentan.

De este modo, los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones relacionadas con la forma de comer, ya que las personas depositan la influencia que el medio ambiente tiene en ellas en donde participan la familia, las relaciones interpersonales, los medios de comunicación y la sociedad, sobre la comida, por lo tanto, su alteración en la forma de alimentarse va acompañada de cambios en el estilo de vida y en la forma de sentir y pensar, (Mercado Márquez, 2004.)

Los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes, especialmente entre la adolescencia y la juventud. En ésta población se ha fijado más la atención a temas como la dieta, el peso y la figura teniendo una relación con el desarrollo del sentimiento de seguridad personal, (Garner, 1998.) Así, surge una insatisfacción hacia la imagen corporal que lleva a las personas a intentar alcanzar lo que consideran como su peso ideal, a través de la realización de varios métodos que ayudarán a bajar de

peso, los cuales pueden iniciarse en una forma clandestina sin la ayuda de un profesional.

De acuerdo con Yager, Landsverk y Edelstein (1995), Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), Palma (1997), Tannenhaus (1999), y Hales, Yudofsky y Talbott (2000), los hábitos alimentarios con conductas desadaptativas desembocan en trastornos de la conducta alimentaria como: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos teniendo en común una obsesión por su imagen corporal y peso en quien la padece. A continuación se abordarán cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria con el objeto de conocer sus características principales de dichos padecimientos.

ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

A través de la historia ha evolucionado el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Distintos autores han explicado su origen de acuerdo a los hallazgos que encontraron en su momento, por lo tanto, a continuación se abordará el desarrollo histórico de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Sánchez y Mojica (1998), los primeros reportes acerca de la bulimia nerviosa se dieron en el Talmud (400 – 500 a. c.) donde se utilizó el término “boolmut” para describir un síndrome y explicaba que la persona se sentía tan agobiada por el hambre que su nivel de conciencia y su juicio se encontraban disminuidos.

En épocas anteriores la obesidad era un indicio de buena situación económica del individuo e incluso un atributo de belleza. Así, desde Hipócrates y durante varios años se creyó que las personas obesas tenían menos riesgo de contraer enfermedades que los delgados, sin embargo, la muerte súbita era más común en personas gordas que en

las delgadas, relacionando más tarde, a la obesidad con enfermedades degenerativas, (Saldaña y Rossell, 1988.)

Por su parte Galeno teniendo la influencia de Hipócrates realizó escritos sobre salud identificando dos tipos de obesidad, (Sánchez y Mojica, 1998): 1) la moderada, que la consideraba como natural y 2) la inmoderada, ya que pensaba que este tipo de obesidad aparecía por desobedecer a la naturaleza.

Sánchez y Mojica (1998) mencionan, que entre los siglos V y XV en la edad media, el concepto de la obesidad tenía influencia de la religión cristiana, ya que se creía que la obesidad era un regalo de Dios, además se le daba una gran importancia al hecho de ayunar como un signo de devoción y se veía como una señal de salud y para los nahuatl el adelgazar era sinónimo de enfermedad porque creían que cuando alguien adelgazaba era porque otra persona le estaba haciendo daño.

Con respecto a la anorexia nerviosa, fue en 1689 cuando Richard Morton describió en su obra "Pthysiologia or a treatise of consumptions" el cuadro de la enfermedad y era atribuida a una perturbación del sistema nervioso, así como la tristeza y las preocupaciones ansiosas. Después la palabra anorexia, fue utilizada en la medicina como falta de apetito de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios de esta época se utilizaba como denominación de la inapetencia y como un trastorno del estómago, (Toro, 1999.)

Quincy en 1726, define a la bulimia como un apetito excesivo relacionado con un trastorno gástrico. Posteriormente el nacimiento de la bulimia se observó entre los romanos y los griegos que acostumbraban a tener grandes banquetes, en los cuales los invitados se hartaban de comida y después se estimulaban el vómito para poder continuar comiendo. También en la edad media el vómito se practicaba ya que se

pensaba que a través de él eran arrojados los pecados y era una forma de dominar los apetitos sexuales, utilizándose sustancias como la nuez vómica y la mostaza.

En 1743 James explica, que la acción de vomitar se presenta después de ingerir grandes cantidades de alimento y utilizó el término "boulimus" asociándolo con "caninus appetitu" y "fame canina" para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago después de ingerir demasiada comida, (Sánchez y Mojica, 1998.)

También Mortherby en 1785 asocia, la bulimia con el término "caninus appetitu" ya que describe dos tipos de hambre pura, aquella en donde el hambre acaba en vómito y el hambre que asocia a desmayos, (Ortiz, 2002.) Más tarde Hooper en 1825, utilizó tres términos: bulimia canina, emética y cinorexia, que significan tener un apetito voraz seguido por vómitos, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Fleming en la segunda mitad del siglo XVIII, señala a la obesidad como una enfermedad que era causada por un desequilibrio entre los sólidos y los humores y en 1837 aparece un manual antropométrico en donde el concepto estético de la obesidad se modifica al finalizar el siglo XIX, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Para 1840 Pinel describió, dos tipos de anorexia, la "gástrica" que era un trastorno del estómago, y la "nerviosa" que implicaba una alteración de las funciones cerebrales, donde las personas que la padecían presentaban una pérdida de apetito y síntomas de melancolía, cólera y miedo, además de que este era considerada como una neurosis gástrica, (Toro, 1999.)

Por su parte Louis-Victor Marcé en 1859 consideró, que el trastorno gástrico nervioso guarda una relación entre la alteración de los sentimientos afectivos y las funciones del

estómago, por lo tanto, los pensamientos se centran en dichas funciones, (Silverman, 1989, citado en Toro, 1999.)

En 1873 Ernest Charles Lasegue describe, la anorexia histérica o anorexia nerviosa que no era simplemente una alteración física originada por el sistema nervioso sino que tenía una influencia de las relaciones familiares, existiendo una gran dependencia de los hijos hacia sus padres, predominando un amor paternal intenso, una voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en los hijos, (Toro, 1999.) Lasegue considera que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre los hijos y sus padres.

William Withey Gull (1873) consideraron, que el padecer este trastorno se puede llegar a un estado de inanición utilizando el concepto de anorexia, creía que este se producía por una falta de apetito y no por una alteración digestiva; así mismo utiliza el término “nerviosa” para considerar la intervención del sistema nervioso, señalando la presencia de este trastorno en ambos sexos, (Toro 1999.)

En 1883 Huchard, propuso, el término de “anorexia mental” ya que al igual que Gull rechazó el término de “anorexia histérica”, porque en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria como: anestesia, ceguera y parálisis, (Beumont, 1991, citado en Toro, 1999.) Gilles de la Tourette describe la anorexia mental ya que considera que se padece la falta de apetito por la negación para ingerir alimentos causada por la alteración de la imagen corporal, es decir, que las personas se perciben con un cuerpo obeso.

Sigmund Freud en 1895, acentúa el aspecto depresivo de la anorexia y menciona que esta es comparable con la melancolía, donde la sexualidad está aún inconclusa, debido a la búsqueda de identidad por lo tanto el inicio de la enfermedad se puede dar en la

adolescencia. Para él, el acto de comer eran manifestaciones de la libido o impulso sexual que asociaba la falta de apetito con la pérdida de la libido y en consecuencia la negación a comer no era causada por el disgusto hacia los alimentos, sino el comer se encuentra ligado a recuerdos repugnantes de la infancia, (Sánchez y Mojica, 1998.)

El psiquiatra francés Pierre Janet (1903) dio, una nueva descripción del trastorno de la anorexia dividiéndola en dos formas:

- a) La obsesiva - en donde se mantenía la sensación de hambre, pero debido al disgusto que tienen con su cuerpo y el temor a engordar su interés se centra en la realización de ejercicio físico excesivo y en la práctica de hábitos rígidos con respecto a la comida.
- b) La histérica - la cual implicaba una pérdida real del apetito acompañada de parestesias, sabores desusados, sensaciones anormales, frecuencia de vómitos y actividad física excesiva, (Toro, 1999.)

La explicación que le daba Janet al surgimiento de la anorexia nerviosa o mental estaba relacionada con la sexualidad, ya que las personas pueden manifestar disgusto con su cuerpo y con el volumen corporal debido a que en realidad temen convertirse en adultos, por lo tanto su temor esta relacionado con la madurez sexual.

De igual manera, en el siglo XVIII y XIX, la bulimia era descrita en los diccionarios médicos como un síntoma de otras enfermedades de hecho los primeros escritos realizados sobre la bulimia se asocian con la anorexia, ya que como estos trastornos tienen características muy similares relacionadas con la alimentación y como la anorexia fue el primer trastorno abordado, de este se comenzó a definir a la bulimia, siendo para Wulff la bulimia un síndrome entre la melancolía y la adicción, la cual fue la primera descripción que se da de este trastorno en 1932, no obstante la bulimia es vista

como síndrome hasta 1940, pero para 1962 Bruch la considera como una variante del estilo de alimentación ya que se percato que en esta se presentaba la sobrealimentación, la autoprovocación del vómito y el abuso de laxantes y enemas.

En 1939 John Alfred Ryle predice, el incremento posterior de la anorexia nerviosa justificando tal pronóstico mediante la interacción que observaba entre la "emotividad" de los jóvenes que era causada por el deseo de tener un cuerpo delgado y la popularización de la moda de la delgadez que en ese momento se estaba dando.

En 1959, fue la primera vez que se describieron los episodios de voracidad de la sobrealimentación compulsiva, el cual es un trastorno alimentario que ha sido considerado como tal, apenas en los últimos años, en donde la persona es adicta a la comida, ya que come ante cualquier situación que se enfrenta, (Palma 1997.)

Mara Selvini Palazzoli (1974), atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo que, obliga a las familias sobre todo de clase media a tener más atención sobre la vida de sus hijos, especialmente en las mujeres con el fin de que estos no sean rechazados por la sociedad que ha impuesto modelos a seguir con respecto a la imagen corporal. Es así como el miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal se convierten en las características básicas diagnosticas de la anorexia nerviosa donde lo permanente del trastorno es la restricción alimentaria voluntaria, la existencia de presiones sociales para ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de mala nutrición y probablemente la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno.

Así, en 1978 Hilde Bruch consideró que la anorexia nerviosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad en el contexto de una familia concreta ya que se tomará en cuenta la forma en como se ha desarrollado la persona dentro de su

círculo social así como las características individuales de su personalidad y las de los demás sujetos que la padecen, así como, había que tomar en cuenta la dinámica familiar y la personalidad de cada miembro de la familia. En base a esto Toro (1999) describe, dos tipos de anorexia:

- 1) Primaria, sus características eran distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, hallándose la persona bajo la influencia de un "locus de control" externo, a través de la influencia de la familia y la presión social.
- 2) Secundaria o atípica, como consecuencia de la primaria, que implica una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria.

Bruch refiere que la anorexia se apoya en desórdenes perceptivos como la alteración de la imagen corporal y las alteraciones de los mecanismos sensoriales internos relacionados con el hambre y conceptuales como la importancia de la imagen corporal, la falta de autonomía y la idea de no poder satisfacer las altas expectativas de los padres y sobre una negación del cuerpo y sus necesidades, (Sánchez y Mojica, 1998, y Ortíz, 2002.)

Álvarez (2000) menciona, que la bulimia nerviosa como tal fue identificada como trastorno del comportamiento alimentario entre 1960 y 1970, y en 1979, Rusell hizo la primera descripción clínica exacta de la bulimia, e incluso fue el primero en adoptar el término bulimia nerviosa, que posibilitaba el diagnóstico diferencial entre la anorexia y bulimia nerviosa.

Los estudios encaminados a investigar sobre la anorexia nerviosa y la bulimia, crearon un enlace entre éstas el cual fue separado en 1980 cuando fueron incluidas en el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III, ya que fueron reconocidas por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, manifestando que la conducta bulímica debe ser repetida, sin definir la frecuencia, y que los episodios no deben darse en el contexto de una anorexia nerviosa o de un trastorno psíquico reconocido.

La denominación que se le había dado a la bulimia nerviosa fue modificada en la siguiente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión Revisada, DSM-III-R, ya que en la primera no se requería la conducta purgativa para que un sujeto fuera diagnosticado como bulímico. En la revisión de este Manual en 1989, el término nuevo adoptado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R y empleado actualmente es el de "bulimia nerviosa". También se considera que la frecuencia de la conducta bulímica era (por lo menos de 2 episodios bulímicos en una semana durante mínimo 3 meses), (Sánchez y Mojica, 1998.)

Es así cómo, de acuerdo con los estudios realizados por Garfinker, Garner, Kaplan y Darby (1983), se habla de la gran diferencia que existió en las mujeres ayunadoras que vivieron antes de 1850 y las mujeres de 1980; mencionando que esta diferencia radica en el miedo anormal a engordar y llegar a ser obesas, por lo cual, practican el ayuno.

En el caso de la bulimia nerviosa, Stein (1988) menciona, que ha llamado la atención recientemente debido al incremento de casos, por lo que no se debe tomar como un concepto nuevo ya que esta enfermedad existía desde siglos atrás, este autor se basa en definiciones hechas en 1807 por el Dictionnaire d' Edinburgh, en el cual la bulimia era definida como una afección crónica en la cual se presentaba desvanecimiento y / o vómito después de la ingesta de una gran cantidad de alimentos. Por lo tanto, llega a la

conclusión que la bulimia esta asociada con la depresión causada por una preocupación excesiva por la imagen corporal, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Para 1992, Ravussin y Swinburn proponen comenzar a catalogar a la obesidad como una obesidad esencial, ya que muchas veces la predisposición genética, los factores ambientales o su etiopatogenia no son suficientemente claros y esto traería como consecuencia la necesidad de profundizar en los mecanismos fisiopatológicos para intentar tratamientos basados en los conocimientos científicos y no únicamente en determinadas dietas o productos que por medio de una publicidad engañosa hacen que esta enfermedad sea apta para especulaciones lucrativas. La trascendencia de la obesidad es vital ya que se puede producir en diferentes épocas de la vida como señalan Gortmaker y cols., (1993), en donde ponen de manifiesto sus importantes consecuencias psicológicas, sociales y económicas, que son incluso mayores que otros trastornos como por ejemplo, menor índice de escolaridad, dificultad para contraer matrimonio y un peor estatus socioeconómico. (Moreno et al. 1998.)

En 1994 Saldaña menciona, que el debate entre investigadores y clínicos sobre la inclusión o no de los sujetos con sobrealimentación compulsiva entre las personas obesas o con bulimia nerviosa, ya que no todos los sujetos con sobrealimentación compulsiva son obesos pero el grado de obesidad parece correlacionarse positivamente con este trastorno de la conducta alimentaria, encontrándose que alrededor del 70% de las personas que padecen sobrealimentación compulsiva presentan obesidad, mientras que un 20% de ellos tienen peso normal.

Como se observa, la anorexia nerviosa primeramente fue considerada como una inapetencia, más tarde definida como un trastorno orgánico que, posteriormente pasó dicho concepto al plano afectivo en donde los sentimientos de melancolía, cólera y

miedo están relacionados a las funciones del estómago. Las relaciones intrafamiliares van promoviendo su desarrollo en donde ya existe una alteración del estado mental, siendo esta la distorsión de la imagen corporal y la negación de esta. A lo largo de la historia podemos observar que la anorexia se considera como un miedo intenso a engordar, la negación de un interés desmedido por la delgadez, la distorsión de la imagen corporal y la influencia familiar que le atribuye un alto valor a la delgadez la cual es generada por la presión social que está a favor de este prototipo.

Con respecto a la bulimia nerviosa es importante destacar que desde años atrás se reconoció la existencia de un apetito excesivo donde los métodos compensatorios que actualmente son utilizados, como el vómito, eran un medio de purificación considerando estas conductas sólo como una variante del estilo de alimentación más no como una enfermedad. Más tarde, este estilo de alimentación fue modificándose ya que las personas con el fin de vomitar utilizaban laxantes y enemas para lograr su objetivo, de este modo, la bulimia se empieza a considerar como un trastorno alimentario caracterizado principalmente por una hambre voraz seguida del vómito por medio de métodos compensatorios y realizados con una determinada frecuencia.

En cuanto a la obesidad se reconoce que es un concepto flexible del cual, su significado se va adaptando de acuerdo a las creencias ya que al inicio de su historia era considerada como un atributo de belleza, característica que más adelante fue cambiando hasta llegar a pensar que las personas que la padecían era a consecuencia de desequilibrios a nivel fisiológico y después se le atribuyeron causas psicológicas y sociales y no solamente el acto de comer en exceso; pero lo que es importante mencionar es que actualmente la persona que padece obesidad sufre un rechazo social

e inseguridad lo cual puede llevarla a realizar métodos compensatorios para lograr deshacerse de ella.

Considerando a la sobrealimentación compulsiva, se destaca que debido a que este trastorno se ha tomado como parte de la obesidad y la bulimia nerviosa, carece de antecedentes históricos ya que se ha empezado a considerar a partir de las diferencias que tiene de otros trastornos como son: obesidad o sobrepeso, no necesariamente alguno de estos; empleo de procedimientos drásticos para perder peso, sin tener temor exagerado a ganar peso.

Para finalizar el avance histórico de los trastornos de la conducta alimentaria es importante destacar que existen los llamados trastornos de la conducta alimentaria no específicos, los cuáles cuentan con un menor contexto histórico que los mencionados anteriormente, sin embargo, es importante conocer que Spizer propuso agregar al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV un nuevo síndrome llamado Binge Eating Disorder que serviría para diferenciar la bulimia nerviosa con purgas de aquellas que sólo se refieren a las personas que comen compulsivamente pero no se purgan. Sin embargo, su propuesta no fue aceptada y en vez de esta se decidió incluir los dos tipos de bulimia y relegar el Binge eating Disorder al rubro de Trastorno de la conducta alimentaria no especificados, refiriéndose a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de conducta alimentaria específico, (Ortiz, 2002.)

ANOREXIA NERVIOSA

Según García (1993), "la anorexia es una enfermedad psicosomática que se apoya en tres pilares básicos; dos psicológicos y uno somático. Los dos primeros son una fobia a

la obesidad y una deificación de la delgadez, la cual es un sistema de defensa contra la angustia. El tercero es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta, que resultan alterados a partir de la desnutrición prolongada” (p.10.) El inicio de la anorexia nerviosa se da con un deseo irracional de estar delgado, lo cual termina desarrollando más tarde una fobia a la obesidad en donde se le da una gran importancia a la delgadez, lo cual lleva a que por falta del consumo de alimentos se presenta una alteración de los mecanismos de la ingesta causados por hacer una dieta incorrecta y exagerada.

Martínez-Fornés (1995), menciona que la anorexia (del griego *an*, privativo, y *oresis*, deseo) significa una falta anormal de ganas de comer. La anorexia mental o nerviosa es una enfermedad psicosomática caracterizada por la pérdida notable de peso que puede llegar a caquexia y un trastorno perceptivo de la propia imagen corporal que le hace verse “horrible con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos” (p.69.)

En los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 (1993), la Anorexia Nerviosa se clasifica dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos tomando los siguientes criterios:

F50.0 Anorexia Nerviosa

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del normal esperado para la talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es inducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.

- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas.)
- E. No cumple los criterios A y B de la Bulimia Nerviosa (F50.2) como: **A.** Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimento en periodos grandes de tiempo y **B.** Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), existen requisitos que se deben cumplir para que una persona presente Anorexia Nerviosa y estos son:

- a) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla.
- b) Un temor intenso a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- c) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- d) Amenorrea en las mujeres postmenárquicas, se considera que una mujer tiene amenorrea si sus ciclos menstruales ocurren solo después de la administración de hormonas como los estrógenos.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1996.)

- 1.- **Restrictivo.** Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- 2.- **Compulsivo.** Purgativo. el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos.) La mayoría de los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Pueden existir casos que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Los criterios de investigación del CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. El CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de "comidas grasas" y, en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que las mujeres sería la amenorrea.) Finalmente a diferencia del DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, el CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular. Es decir, en el DSM-IV el diagnóstico de anorexia predomina más que el de la bulimia y el CIE-10 no considera como anorexia cuando se han presentado atracones como es en el caso del DSM-IV.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, (Morandé, 1999.)

Toro (1999) define, a la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), por la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado y consumo de diuréticos.

Rundell y Wise (2001) mencionan que "la persona que padece anorexia nerviosa presenta miedo intenso a convertirse en una persona obesa, alteración de la imagen corporal, significativa y gradual pérdida de peso y rechazo persistente a mantener un peso corporal normal, a pesar de que las demás personas ejercen presión para que no se lleven a cabo conductas inapropiadas que atentan contra su salud" (p. 277.)

Retomando lo anterior, se puede decir que la anorexia nerviosa es un trastorno en donde la persona anoréxica experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuya alarmantemente, además, la distorsión de la imagen corporal es una característica primordial donde se sobrevaloran las dimensiones de la silueta corporal, lo que "obliga" a mantener la restricción alimentaria y que a la vez conlleva a la negación del peso bajo y a carecer de conciencia de la enfermedad que se está padeciendo. Así, la autoimagen en general está sumamente determinada por la imagen corporal.

Para conocer el origen de la anorexia nerviosa es importante estudiar los diferentes puntos de vista que se manejan a través de los modelos psicológicos como el

psicoanalítico, conductual y social, ya que cada uno de ellos se basa en diferentes factores que intervienen en la aparición y desarrollo de dicho trastorno.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Dentro del ámbito psicoanalítico diversos autores han dado su punto de vista con respecto al origen de la anorexia nerviosa y sus síntomas más frecuentes.

En 1893 Sigmund Freud, relacionó a la anorexia y al vómito como los síntomas más frecuentes de la histeria, (Poblano y Trigueros, 2000.) El asco a la comida se atribuía al hecho de que las personas al compartir el espacio para comer se volvía este desagradable por las personas no gratas, por lo cual el asco se transfería de la persona a la comida. Sigmund Freud mencionaba que la anorexia que se presentaba en las personas se caracterizaba porque éstas comían poco y no hallaban gusto en la comida ya que el acto de comer en realidad estaba enlazado con recuerdos repugnantes donde el afecto no experimenta disminución alguna, (Strada, 2002.)

Ana Freud en 1936, mencionó que la causa por la cual las personas dejaban de comer, se debía a que en el Yo existía un temor a ser devorado por las pulsiones del Ello por lo tanto, bloqueaba toda realización pulsional incluso las necesidades fisiológicas vitales como la nutrición, el sueño y el bienestar del cuerpo.

Crisp (1967) postuló, que la anorexia nerviosa constituye una respuesta de evitación fóbica al alimento resultante de las tensiones sexuales y sociales producidas por los cambios físicos asociados a la pubertad. La desnutrición resultante determina una reducción del interés sexual que a su vez produce un ayuno mayor, (Kaplan y Sadock, 1992, p. 1135.)

Brady y Rieger (1972) conceptualizan, la anorexia nerviosa como una fobia a la comida, ya que el comer produce ansiedad y la falta de ingesta representa evitación, es decir, la ingesta de alimento, después de tomar una pequeña cantidad de comida o expulsarla del cuerpo mediante vómitos provocados es reforzada por la reducción de la ansiedad, (Kaplan y Sadock, 1992.)

Bruch (1973) afirma, que las personas anoréxicas enfrentan una lucha por su independencia y menciona que a nivel inconsciente el alimento tiene un valor simbólico y fantasías siendo ésta un medio para obtener una identidad y un medio de establecer control en sus vidas, (Poblano y Trigueros, 2000.)

De acuerdo con Lacan la anorexia nerviosa era vista en términos de necesidad, demanda y deseo, ya que en la medida en que eran satisfechas las necesidades fisiológicas las anoréxicas no soportaban que cualquier demanda fuera interpretada en términos de necesidad por lo que se volvía vital no comer nada y con esto mantener viva la dimensión del deseo de la delgadez, (Raimbault y Eliachef, 1991.)

Otto Fenichel (2000) menciona, que el origen de la anorexia puede encontrarse en perturbaciones de la comida de la época infantil, que se actualizan nuevamente bajo un régimen de determinadas circunstancias relacionadas con aspectos estéticos. Tal como las perturbaciones de la época infantil, la anorexia puede tratarse de un simple síntoma histérico que expresa el temor a un embarazo percibido oralmente o el temor a deseos inconscientes de índole sádica, también puede ser el equivalente de afecto en una depresión, en la que el síntoma de rehusar la comida puede hacer su aparición antes de producirse otros signos de depresión.

Según Strada (2002), "la anorexia es un síntoma que se estructura alrededor de la oralidad, por tal motivo los primeros contactos del niño con la madre con relación a la

alimentación ponen en juego una pulsión oral y a la boca como una zona privilegiada, ya que la comida no es vista como alimento que nutre sino como una interacción entre madre e hijo que ayuda a la construcción del psiquismo humano” (p.34.) En el caso del conflicto anoréxico dicha construcción se ve interrumpida por la necesidad y el deseo de satisfacción que son brindados a través de la madre y que en este caso posiblemente no haya sido otorgada. Es decir, las actividades orales relacionadas con la anorexia son actividades sexuales precoces que constituyen puntos de intercambio que incluyen la autoconservación y el hambre y fuente de excitaciones en relación con el primer objeto materno: el pecho materno.

Como se observa el modelo psicoanalítico considera que los posibles desencadenantes de la anorexia nerviosa son los problemas internos que aquejan a la persona, los cuales están relacionados con aspectos referentes a la etapa oral, en donde el sujeto le atribuye significados diferentes al alimento según sus experiencias vividas, como una forma de estar en contacto con la madre (Strada, 2002); el alimento también será considerado como una satisfacción de una necesidad básica fisiológica carente de afecto, así que cuando sean más grandes evitarán el alimento como una forma de aceptar que no tienen necesidades de afecto y vinculación (Lacan.) El temor a un embarazo percibido oralmente o el temor a un deseo inconsciente es de índole sádica, (Fenichel, 2000.) De acuerdo con Crisp (1967), y Brady y Rieger (1972), este modelo relaciona el origen de la anorexia nerviosa con una fobia hacia el alimento que es traducida como un miedo intenso hacia el aspecto sexual, lo cual desemboca en la baja del consumo de alimentos como un medio de disminución de ansiedad.

ENFOQUE CONDUCTUAL

Para el enfoque conductual la anorexia se convierte en una conducta aprendida que se mantiene reforzada por el rechazo de la persona hacia la gordura y por la aceptación que tienen los demás hacia ésta cuando comienza a perder peso.

Este modelo considera que la persona anoréxica se justifica con su propia lógica para bajar de peso pensando que cualquier cambio en su manera de comer es desastroso.

Para Slade (1982), en la anorexia nerviosa, una necesidad para el control es fundamental al desarrollo y mantenimiento de este trastorno; ésta necesidad es reflejada por medio de dietas, las cuales son reforzadas por el pensamiento posesivo y miedo negativo, lo cual permanece hasta el final del padecimiento y da como resultado dietas intensas, baja de peso y la llegada al proceso de mantenimiento, (Ortiz, 2002.)

Szmuklen y Tantam (1984) sugieren, que en la anorexia nerviosa, la inanición adquiere el valor de reforzador o dependencia, lo cual hace que permanezca el trastorno por un largo tiempo.

Según Garner, Garfinkel y Goldberg, las conductas de las personas anoréxicas son reforzadas por hábitos que están relacionados con el control alimentario y se centran principalmente en lo siguiente: (Toro y Vilardell, 1989.) Preocupación por el alimento, imagen corporal con tendencia a la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, dieta restrictiva, ingestión de alimentos lenta, ingestas clandestinas, miedo a engordar, negación de enfermedad y desinterés heterosexual.

Polivy y Herman (1995) mencionan, que la conducta de una persona que padece anorexia nerviosa es de rechazo al alimento, la cual es central en este tipo de trastorno, llevando esto a formular la hipótesis de que esa conducta mantenida a una alta tasa de frecuencia, debía ser sometida a algún género de reforzamiento positivo, esto es, se

trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que la siguen, (Ortíz, 2002.)

Hales et al. (2000) consideran, que el trastorno de la anorexia nerviosa se inicia después de un periodo de intensa privación alimentaria, la cual puede ser debida a los siguientes factores: una dieta voluntaria con la intención de resultar más atractivo, una dieta voluntaria reforzada a partir de la intención de conseguir competencia profesional, restricciones alimentarias causadas por un estrés intenso, restricciones alimentarias causadas por una enfermedad grave y ayuno involuntario.

Este modelo conductual considera que la anorexia nerviosa es aprendida y puede surgir como resultado de estar bajo regímenes de evitación alimentaria causados por factores relacionados con el peso corporal, además de la aceptación que es un reforzamiento negativo que se experimenta cuando se comienza a perder peso lo cual será visto como un premio, (Polivy y Herman 1995; Hales et al.) Además, Slade (1982), Szmuklen y Tantam (1984), y Garner, Garfinkel y Goldberg opinan, que este trastorno cuenta con un factor primordial para su mantenimiento como el miedo intenso a engordar, la desnutrición excesiva y los métodos compensatorios que ayudan a la reducción de peso y que actúan como reforzadores positivos hacia dicha conducta, (Toro y Vilardell, 1989.)

ENFOQUE SOCIAL

El modelo social plantea como factor importante de influencia, a lo social, ya que al estar en constante cambio surgen modificaciones de actitudes y valores en las personas, los cuales desembocan en la adopción de ideas con respecto a la delgadez, la cual se relaciona con la belleza y el éxito.

Schwartz y Johnson (1982) mencionan, que la anorexia nerviosa podría ser atribuida principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas, las cuales son actividades impuestas por la sociedad, ya que ésta le ha otorgado un valor importante a la apariencia física que se traduce en poseer un cuerpo esbelto. Así el atractivo físico, se convierte en el motivo principal para mantenerse delgado a cualquier precio, ya que para las personas el hecho de cumplir con los parámetros de belleza establecidos por la sociedad significa que obtendrán aceptación y oportunidades de logro, (Rivera, 1997.)

Pate, Pumariega, Hester y Garner (1992) plantean, que los cambios de actitudes y valores a nivel cultural juegan un papel importante en el incremento del desarrollo, incidencia y prevaencia de la anorexia nerviosa, como resultado de la adopción del ideal de que la esbeltez simboliza autodisciplina liberación sexual, competencia, control y un acercamiento con las clases sociales más elevadas, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Gómez Pérez-Mitré (1993) opina, que la figura femenina ha sufrido cambios a través de los años, siendo dichos cambios de una figura llena a una cada vez más delgada, lo cual ha originado que las personas, en especial las mujeres, experimenten cambios en sus valores y actitudes con respecto a la figura corporal los cuales se observan cuando las personas le atribuyen un alto valor a la delgadez, ya que piensan que al tener una figura delgada obtendrán aceptación, felicidad y éxito, por lo tanto con el fin de obtenerla pueden modificar su alimentación realizando dietas y pueden concentrar más su atención en la forma y tamaño de su cuerpo, así que también pueden realizar ejercicio y utilizar método para la pérdida de peso.

Toro (1999) hace hincapié, en el aprendizaje social, que establece los parámetros que se observan en el medio ambiente y específicamente a través de los medios de

comunicación. Así, la difusión de las tendencias de la moda sólo se entiende cuando se toman en cuenta a los modelos, los cuales son personas que protagonizan las exhibiciones de todo género de vestimenta, que aparecen en revistas ilustradas, pantallas de televisión, fotografías, etc. De este modo, las personas enfocan su atención en la figura corporal que esos modelos tienen más que en las prendas que portan y si agregamos ciertas características de personalidad como las ideas perfeccionistas, la baja tolerancia a la frustración y la incompetencia social; es casi seguro que la persona que esta observando todos esos cuerpos delgados trate de imitar a esas personas que más que mostrar una prenda para vestir proyectan éxito y aceptación social. Así, es su silueta y su generalizada delgadez la que primeramente parece ejercer influencias decisivas en los jóvenes que pueden ser dependientes e inseguros debido a que están en la búsqueda de aceptación, por lo tanto, utilizan todos los medios del mercado del adelgazamiento con el fin de encarnar el estereotipo físico que ha sido introyectado gracias a los medios de comunicación.

Toro (1999) afirma, que la influencia de las actitudes y valores sociales pueden integrarse al estilo de vida de las familias de las personas anoréxicas por lo tanto, las madres, pueden estar involucradas en la vida de sus hijos, ya que quieren formarles su personalidad con base en sus ideas y creencias desarrolladas a lo largo de sus vidas, de este modo, las personas anoréxicas pueden iniciar una dieta por recomendación de su propia madre. Streigel-Moore (1986) menciona, que los miembros de la familia amplifican la importancia sociocultural del atractivo físico, en el caso de las mujeres es sinónimo de delgadez; consideran que el peso está bajo el control de la voluntad individual, modelan la preocupación por el peso y las dietas y animan los intentos de perder peso, así que se aumenta la probabilidad de que los miembros más jóvenes de la

familia practiquen regímenes alimentarios restrictivos y se sitúen en un significativo peligro de padecer anorexia nerviosa, lo cual ocasionará que la dinámica familiar presente cambios desadaptativos, ya que su interacción va a girar en torno al trastorno de la conducta alimentaria que ellos mismos provocaron.

Según García-Camba (2002), "el origen de la anorexia nerviosa se debe a los cambios experimentados a través de los años en el modo de comer, en los valores estéticos relacionados con el cuerpo y la imagen corporal, en los estilos de vida, y en el proceso de búsqueda de una identidad personal y profesional propia" (p.110.) Así, la dimensión emocional de la comida se complementa con la presión social que se ejerce sobre el individuo para que se mantenga delgado, por lo cual, la identidad personal se basa cada vez más en la apariencia externa de modo que imagen externa, identidad personal y éxito social han pasado a ser una misma cosa.

Debido a la fuerza con que se vive en la actualidad la influencia de los medios de comunicación y la presión social Pate, Pumariega, Hester y Garner (1992), Gómez Pérez-Mitré (1993), y García-Camba (2002) mencionan, que se genera un cambio en los valores y creencias de las personas con respecto a la delgadez, ya que se le atribuyen valores esenciales para sobresalir; así que se trata de imitar las imágenes corporales percibidas a través de estos medios e impuestas por la misma sociedad, con lo cual se busca tener un estilo de vida exitoso en donde la delgadez se convierte en una condición primordial para lograr sus anhelos. Esto da como resultado que las familias interioricen éstas ideas y las transmitan a sus propios hijos, (Toro, 1999.)

Finalmente nos podemos referir a la anorexia nerviosa como un trastorno que se puede padecer cuando la persona no experimenta una satisfacción con ella misma, con lo que hace y con su imagen, lo cual la lleva a la búsqueda de sensaciones placenteras por

medio de la imitación de actitudes sociales relacionadas con la delgadez, lo cual se verá reforzado por el aumento de la publicidad, los artículos para bajar de peso y la difusión de dietas, dando como resultado un cambio en valores y actitudes y generando a su vez presión por sobresalir, tener popularidad, control y éxito ya que con esto se puede mostrar el estereotipo que debe seguirse para verse bien lo cual, relacionado con la actitud que se tiene en este momento con respecto al sobrepeso como sinónimo de fealdad, fracaso y falta de control contribuye al desarrollo de este tipo de trastorno alimentario. (García- Camba, 2002, Gómez Pérez-Mitre, 1993, Pate et al. 1992, y Toro, 1999.)

Analizando los modelos psicoanalítico, conductual y social se puede decir que las similitudes encontradas entre estos modelos que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa son aprendizajes negativos que se tuvieron desde la infancia y que originaron en la persona pensamientos desadaptados con relación al alimento, ya que este pierde el significado de una necesidad fisiológica y se le atribuye un valor negativo el cual se relacionara con el aumento de peso que originara a su vez una fobia por el alimento, así que las personas tratarán de evitar ingestas como un medio para obtener la delgadez, la cual también es introyectada por lo medios de comunicación donde se aprende que la delgadez es sinónimo de éxito y un medio para lograr identidad personal, las cuales serán perseguidas por las personas evitando el alimento.

La diferencia que existe entre estos modelos es que el psicoanalítico considera que el origen de la anorexia nerviosa se debe principalmente a los conflictos internos que padecen las personas, los cuales están relacionados con los vínculos afectivos de la infancia; el modelo conductual considera que los pensamientos con respecto a la delgadez son formados por conductas aprendidas y reforzadas por los beneficios

obtenidos al perder peso reforzados por el rechazo o no por parte de los demás, volviéndose dichas conductas parte de la vida cotidiana, y el modelo social se centra en la influencia que proporcionan los medios de comunicación, las amistades, la familia y la moda con respecto a que la delgadez es una cualidad física que todos deben poseer.

Así como el origen de la anorexia nerviosa es explicada a través de diferentes modelos también al padecerla se genera una serie de anomalías causadas por la obsesión a la delgadez y el rechazo total al aumento de peso por mínimo que sea, dichas anomalías se presentarán a nivel físico, las cuales están relacionadas con padecimientos orgánicos que repercuten en la salud física de la persona en menor o mayor intensidad; anomalías a nivel psicológico, las cuales se refieren a los cambios tanto en pensamientos, emociones y actitudes de las personas, los cuales se centran en la delgadez llevando esto al desarrollo y mantenimiento del trastorno y las anomalías a nivel social que se relacionan con la manera en como el trastorno alimentario repercute en las relaciones interpersonales del sujeto que la padece, además a través de éstas se puede conocer la influencia de la interacción familiar y de la sociedad en la que se vive.

ALTERACIONES FÍSICAS

Al padecer anorexia nerviosa, además de la pérdida de peso se presentan diversas anomalías físicas que se atribuyen a la desnutrición y al estrés generado por la preocupación por la figura corporal el cual provoca a nivel físico malestar estomacal que causa una sensación de indisposición para alimentarse, cambios en el apetito o en el peso corporal, ya que algunas personas bajan y otras suben de peso, problemas intestinales como la diarrea o estreñimiento, taquicardias, gastritis, cambios menstruales e insomnio.

Toro y Vilardell (1989) afirman, que el resultado de la disminución de calorías origina padecimientos físicos que atentan contra la vida de las personas anoréxicas. Por ejemplo, disminuye la temperatura, ya que el cuerpo en el intento de economizar las pocas energías que le quedan, disminuye la temperatura corporal porque ésta disipa la energía en forma de calor. Por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas jóvenes con anorexia se quejan de sentir frío. Disminuyen las pulsaciones cardíacas que se denomina bradicardia y disminuye la presión arterial conocida como hipotensión. Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (se debe a la disminución del músculo cardíaco) y es posible que aparezcan arritmias cardíacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio. La piel se encuentra seca, áspera y quebradiza, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y fría como efecto de la disminución del gasto energético. Las extremidades, manos y pies suelen estar bastante frías y con frecuencia de un color violáceo, debido a las alteraciones circulatorias. También puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies que se denomina hiper胡萝卜素emia, debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propias de la dieta que llevan este tipo de persona. También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello como espalda, brazos, mejillas, la aparición de un vello finito y largo, tipo pelusa, llamado lanugo.

Es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes como magnesio, calcio y potasio. La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz que favorece aun más la perpetuación del cuadro anoréxico.

La motilidad intestinal también está disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de constipación pertinaz, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes.

El uso de laxantes constituye otra de las anomalías, debido a que la restricción alimentaria suscita constipación, la persona anoréxica suele padecer un estreñimiento sumamente pertinaz, por lo tanto, utiliza los laxantes para vencerlo. La utilización de diuréticos ayuda a disminuir la retención líquida y por tanto el peso, convirtiéndose esto en otra conducta que suelen practicar dichas personas.

Surge la ausencia de menstruación o amenorrea, por un periodo de tres meses o más, con niveles bajos de estrógenos. La amenorrea se debe no sólo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso. Puede ocurrir una disminución en la fertilidad, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.

También es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas. Esto se llama osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujerados. Se debe a una ingesta de calcio disminuida por la mala alimentación y agravada por la dificultad de fijación del calcio en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos.

Es factible encontrar edemas en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobre toda cuando el paciente comienza a realimentarse. Se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación.

Es frecuente la aparición de anemias por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerzas. También es frecuente el aumento del colesterol que se llama hipercolesterolemia.

Es así como todo el cuerpo sufre afecciones físicas pudiendo ser las más importantes aquellas que atentan contra la vida de la persona en el momento que existe una pérdida de peso profunda como la amenorrea, la bradicardia (disminución de las pulsaciones cardiacas), la hipotensión (disminución de la presión arterial) y la osteoporosis que al ser padecimientos graves ocasionados por la severa desnutrición que se presenta afectan el funcionamiento orgánico del individuo.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Al padecer anorexia nerviosa no solamente se presentan alteraciones físicas sino también alteraciones psicológicas causadas por el gran interés en centrar sus ideas y pensamientos en la imagen corporal, obteniendo con esto una sensación de bienestar al cumplir con el estándar de belleza delgada que ha sido impuesto por la sociedad. De este modo, la sensación de bienestar obtenida a través de lograr tener una figura corporal delgada se va convirtiendo en un comportamiento que implica actitudes dañinas para la persona, las cuales repercuten en su relación con los demás.

Toro, (1999) menciona, que las personas que padecen anorexia nerviosa tienen una insatisfacción personal con respecto a las metas, por lo cual surge una necesidad de estimar metas inalcanzables para ellos relacionadas con la delgadez, las cuales tienen como objetivo solucionar sus sentimientos de seguridad y baja autoestima haciendo de esto un método para evitar situaciones de frustración e insatisfacción personal.

Las diversas conductas que realizan las personas para poder lograr su meta establecida con respecto a la delgadez son, que pueden empezar por reducir drásticamente su

ingestión calórica suprimiendo sobre todo aquellos alimentos ricos en carbohidratos y los que contienen grasas. Sin embargo, en las personas anoréxicas existe un deseo intenso por ingerir grandes cantidades de alimento debido al hambre que padecen y esto hace que éstas personas padezcan por episodios bulímicos en donde el vómito es percibido como la forma de regular ésta ingesta desequilibrada, la cual genera una intensa ansiedad que es incrementada por los pensamientos superpuestos a ella como la autocondena por la pérdida de peso y empeoramiento de la autoimagen, (Toro y Vilardell, 1989.)

La anorexia nerviosa, es acompañada a menudo de síntomas depresivos que sobrevienen como consecuencia de la inanición; estos son la tristeza, crisis de llanto, trastornos del sueño por ejemplo, insomnio o hipersomnio, baja autoestima donde las personas pueden señalar que lo único que les gusta de ellas es su delgadez y su capacidad para perder peso, dificultad para concentrarse, la irritabilidad, retraimiento social y reducción de intereses, (Toro y Vilardell, 1989.)

Las características psicopatológicas que acompañan a menudo a la anorexia nerviosa son los pensamientos supersticiosos y desadaptadores que la persona anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas, etc., son reiterados y constantes, durante el periodo en que se padece el trastorno alimentario. Debido a esto, las conductas relacionadas con la comida y el peso, realizadas siempre de la misma manera y reiteradamente practicadas, semejan auténticas compulsiones, ya que el continuo cálculo de calorías, la verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos, hacen pensar en un cuadro obsesivo-compulsivo, (Toro y Vilardell, 1989.)

La ansiedad es otro síntoma que embarga y sigue el curso de la anorexia nerviosa. A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos que mantienen y aumentan la ansiedad, los cuales son: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente "rara", el convencimiento de que eso es lo que perciben los demás, las incertidumbres acumuladas, la influencia sociocultural a favor del adelgazamiento temido y deseado, las intervenciones médicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social y las molestias y el deterioro físico progresivo. Según García (1993), esto ocasiona que la persona desarrolle una fobia hacia la obesidad en donde más que padecerla es el simple hecho de imaginarse obesa lo que la hace desarrollar una ansiedad fóbica. Esta ansiedad difusa se experimenta y tiende a agudizarse y a incrementarse durante el trastorno anoréxico, por lo tanto, surge la fobia al sobrepeso real o supuesto teniendo grandes consecuencias en la persona. Esta aprehensión supone una percepción y evaluación negativas del cuerpo en general o de algunas partes del mismo en particular surgiendo una valoración estética negativa del mismo, en la que el pensamiento, el juicio y la cognición están alterados y desencadenan una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Este proceso supone que el propio cuerpo así evaluado se transforma en un estímulo fóbico, (Toro y Vilardell, 1989.)

Una vez establecido el propio cuerpo como estímulo fóbico, los acontecimientos se precipitan ya que la persona al convivir permanentemente con su cuerpo sabe que volumen y tamaño es de algún modo igual a peso. No puede huir o evitar directamente un volumen, pero sí puede huir de, o evitar, un peso. Su cultura le ha enseñado cómo

hacerlo así que empieza a reducir la ingesta. Cuando tal cosa se produce, el propio peso es ya un estímulo fóbico, por lo tanto, existe una generalización (hay que evitar a toda costa el aumento de peso.) De igual forma, los alimentos más estrechamente relacionados con el aumento de peso llegan a asociarse al peso temido y rechazado, en consecuencia, ciertos alimentos también adquieren carácter aversivo y si la anorexia se intensifica y se agrava puede suceder que el alimento en general despierte una respuesta fóbica, por lo tanto, la persona puede dejar de consumir alimento totalmente, (García, 1993.)

Con respecto al nivel intelectual de éstas personas Turón (1997) opina, que tienen un buen rendimiento intelectual y éxito en sus estudios; Braguinsky y cols. (1996), por su parte considera que tienen un coeficiente intelectual alto y que poseen una riqueza de vocabulario que les facilita la comunicación fluida con los demás, manteniendo conversaciones con un nivel de profundidad mayor que el correspondiente a su edad. Todo esto se debe a las características que estas personas poseen como la autoexigencia, el perfeccionismo y el deseo de agradar a los demás.

Goldman (1994) menciona, que la búsqueda de la delgadez manifiesta una lucha psicológica por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personales. En lo superficial, las personas pueden adoptar una conducta desafiante de manera obstinada e independiente, pueden insistir en que son felices, que saben por completo de su estado y que son capaces de cuidarse por sí mismas. Pero en realidad, ya abordando lo interno están abrumadas por una sensación paralizante de desamparo e ineficacia, siendo el control de la alimentación y el tamaño del cuerpo los únicos mecanismos por los que puede conservar su sentido de autonomía y dominio.

Ortiz (2002) opina, que las personas que realizan estas conductas presentan un pensamiento distorsionado con relación al interés en la alimentación y proporciones corporales, ya que sobrevaloran la información referente a la forma y peso corporal, lo cual origina una serie de alteraciones cognitivas en donde predomina la función de un esquema corporal distorsionado y no la de una conducta alimentaria anómala.

De este modo, la persona le da más importancia a la apariencia física que a cualquier otro aspecto relacionado con el crecimiento como ser humano. Al principio este pensamiento no puede ser de tipo patológico, tomando en cuenta la importancia que se le da a la figura esbelta en estos tiempos, sin embargo, lo anómalo se produce cuando su reiteración va en aumento, constituyéndose en una temática casi exclusiva y asociándose dramáticamente con una creciente ansiedad. Lo que pudo empezar dentro de la normalidad se transforma en auténticas distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas de las personas anoréxicas que persisten debido a su ansiedad, pueden estar desencadenadas por las relaciones familiares, el reforzamiento de sus conductas anómalas, la aparición y complejidad de comportamientos de evitación, etc.

Garner y Bermis en 1982, sistematizaron las irregularidades del pensamiento de la persona anoréxica una vez instaurado el trastorno y han puesto de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: (Toro y Vilardell, 1989.)

- 1) Abstracciones selectivas: llegando a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales del tema, la persona siente que puede controlarse sólo a través de la comida.
- 2) Generalizaciones excesivas: se imponen una dieta restrictiva, ya que casi todos alimentos al consumirlos provocan que la persona engorde.

- 3) Magnificación de posibles consecuencias negativas: se relaciona en que si la persona aumenta un kilo, no lo podrá resistir.
- 4) Pensamiento dicotómico: todo o nada, si la persona no se controla del todo, no podrá controlarse en absoluto.
- 5) Ideas de autoreferencia: la persona hace comentarios refiriéndose a que cuando come siente que todo el mundo la mira.
- 6) Pensamiento supersticioso: aceptando relaciones de causa a efecto entre acontecimientos no contingentes. (si la persona come un dulce piensa que enseguida se convertirá en grasa en el estómago.)

Estos pensamientos desadaptativos facilitan la precipitación del cuadro y sobre todo la toma de decisión inicial encaminada a la práctica de una dieta restrictiva, al tiempo que generan una parte de la conflictividad existente entre la persona anoréxica y las personas que con ella viven ya que la persona que padece el trastorno está completamente segura de lo que quiere ser para sentirse aceptada y admirada.

Este tipo de alteraciones hacen que la persona anoréxica, extremadamente delgada, niega su extrema delgadez, parece sobrevalorar sus dimensiones y no reacciona ante ellas del modo que sería normal dentro de la anorexia. Esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan acusada en ciertos casos que según Bruch (1962), se puede hablar de "dimensiones delirantes", ya que se ha perdido por completo la conciencia de lo que se es en realidad y al contrario, la persona se sigue percibiendo como alguien obeso que no tiene ni siquiera la capacidad de perder unos cuantos kilos, (Toro y Vilardell, 1989.)

La persona anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones corpóreas no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo. De este modo, los procesos digestivos, desde la satisfacción o no satisfacción gástrica hasta la evacuación y los movimientos intestinales, parecen ser objeto de atención por parte de la persona anoréxica, con una secuela de distorsiones perceptivas o conceptuales. Se trata de una “confusión interoceptiva” que se expresa como una gran desconfianza en que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin control consciente; por esto, algunas personas anoréxicas llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido.

Las diversas conductas que se realizan cuando se padece anorexia nerviosa estarán enfocadas a la pérdida de peso, por lo tanto, pueden iniciar con rutinas de ejercicio intenso y constante, de hecho la realización de ejercicio se convierte en un hábito para este tipo de personas, entregándose a una actividad física superior a lo normal. Así, la práctica de actividad física se persigue de manera obsesiva, ya que se piensa que se logrará una mayor pérdida de peso a través de un mayor gasto calórico obtenido por medio del ejercicio. Estas intensas rutinas de ejercicios pueden tomar más importancia que la ingestión de alimentos, por tal motivo la restricción alimentaria voluntaria induce mayores tasas de actividad, es decir, a mayor realización de ejercicio mayor pérdida de apetito, ya que el pensamiento se centra principalmente en la pérdida de peso, formándose de este modo un gran círculo vicioso, por lo tanto, la persona anoréxica incrementa su actividad física en función de dos mecanismos (Toro y Vilardell, 1989.):

- 1) El cognitivo-conductual donde las ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.

- 2) El psicofisiológico donde la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

Otras conductas que realizan las personas anoréxicas debido a su preocupación que tienen por la comida son: observarse constantemente al espejo, coleccionar recetas, preparar platillos elaborados para su familia, manipular los alimentos por ejemplo, medir con cuidado las porciones que van a ingerir, cortar la comida en trocitos y comer durante muchas horas alimentos pequeños y esconder para luego comer alimentos ricos en carbohidratos y dulces.

De acuerdo con las anomalías psicológicas que se presentan al padecer anorexia nerviosa es importante mencionar que el deseo por estar delgado desencadena conductas desadaptativas como insatisfacción corporal que se transforma en una respuesta fóbica hacia los alimentos de alto contenido calórico, ya que las personas saben que estos las subirán de peso, por lo tanto, los evitan debido a que se presenta en éstas una fobia a la obesidad, lo cual las llevará a formar una personalidad perfeccionista y autoexigente para lograr la delgadez y utilizarán como medios más sobresalientes para la reducción de peso el ejercicio excesivo, el cual representa sólo la pérdida de calorías y el conteo de calorías de los alimentos ingeridos. Todo esto es desencadenado también por la alteración de pensamiento y juicio porque se centran principalmente en el rechazo al aumento de peso otorgándole valores equivocados a este.

ALTERACIONES SOCIALES

En el plano de las relaciones sociales o interpersonales se observa que existen cambios en la manera en como actúa la persona anoréxica y las demás personas que la rodean. Por ejemplo, la dinámica familiar cambia y gira en torno a la persona que padece anorexia nerviosa provocando una situación problemática en el grupo. Turón (1997) describe, que en general la familia de las personas anoréxicas proyectan una apariencia perfecta, pero con interacciones superficiales y vacías existiendo una baja tolerancia al sufrimiento familiar con sobreprotección hacia los hijos, esto hace que las relaciones con cada miembro de la familia sean diferentes, por ejemplo, la relación con la madre suele ser compleja, ya que ésta al vivir cierto grado de frustración en su vida deposita en su hijo la ambición y las metas de ideales no alcanzados. Respecto a la relación con el padre Braguinsky y cols. (1996) mencionan, que en ésta se presenta una dificultad para establecer límites por parte del padre, ya que este se caracteriza por ser amable. Esto puede provocar que la hora de la comida se transforme en una situación conflictiva y aversiva llena de pleitos, gritos, lágrimas, gestos, etc. y que hace que ninguno de los integrantes de la familia quiera sentarse a la mesa.

Toro y Vilardell (1989) manifiestan, que la interacción familiar incrementa y determina los comportamientos desadaptados y desadaptadores, su incesante búsqueda de realización a través de los logros de los hijos y su dinámica rígida, estricta y poco tolerante a los cambios hacen que estos recurran al control corporal como una forma de afrontamiento que les proporciona sentimientos de control, competencia e identidad mediante la evitación de peso, así que por ningún motivo dejarán que nadie se involucre

en las decisiones que han tomado; sin embargo, al ver su familia lo que han provocado y que la idea de perder peso se ha convertido en el principal interés para la vida de la persona tratarán de hacerle entender “demasiado tarde” que esas ideas pueden provocar problemas más graves, lo cual la persona percibe como una amenaza a su estilo de afrontamiento y refuerzos consiguientes.

Debido al tipo de educación perfeccionista y dogmática que reciben estas personas su personalidad tiende a caracterizarse por ser obsesivas, dependientes y obedientes, así que cambian su estilo de vida, ya que la delgadez se convierte en la principal meta que se debe cumplir para que se llegue a una supuesta realización, por tal motivo las actitudes de las personas giran en torno al peso, el cuerpo y la alimentación.

Otro signo manifestado a causa de la anorexia nerviosa son los cambios que se dan en las relaciones interpersonales. El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendido por los demás, la reducción de los centros de interés previos, la ocultación del problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, la automarginación relativa de quien sabe que los demás lo consideran enfermo y la susceptibilidad referida al problema del cual la persona no puede desprenderse, ocasionan que en ésta se genere un retraimiento social ó por lo menos una irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales, así que se encierra en su propio mundo y no permite que nadie entre en él porque se siente amenazada por todas aquellas personas que quieren hacerla cambiar de opinión y más que sentir que les importa como ser humano piensa que no comprenden que lo único que desea es sentirse aceptada y feliz y lo que únicamente le ayudará a lograrlo será el tener una figura delgada que, desgraciadamente a causa de la alteración de la percepción que

sufre no reconocerá los límites para la pérdida de peso que no pongan en riesgo su vida, (Toro y Vilardell, 1989.)

Como se observa, la anorexia nerviosa es un trastorno que altera enormemente el funcionamiento físico y los aspectos psicológicos relacionados con el medio ambiente en el que se desarrollan. Por lo tanto, es imposible no tomar en cuenta todos aquellos factores que participan en la formación de las personas dentro de la sociedad, comenzando por la dinámica familiar, pasando por la influencia del medio ambiente y la forma en que las personas aprenden de todo lo observado a su alrededor y como esto va a influir en sus vidas, ya que los cambios que se dan a lo largo de sus vidas se generan en sus pensamientos, afectan a sus emociones y sentimientos, ya que se rigen a través de las ideas con respecto al peso y la imagen corporal, lo cual se concreta a conductas dirigidas al adelgazamiento y esto repercute en su relación con su medio, ya que al centrarse en sí mismo descuida lo externo.

BULIMIA NERVIOSA

Según Kaplan y Garfinkel, (1984), el término "bulimy" en griego significa "hambre voraz" o hambre canina, literalmente deriva de los conceptos "buey" y "hambre" en griego y "hambre voraz" en latín, (Álvarez, 2000.)

Saldaña (1994) considera, a la bulimia nerviosa como un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos de conductas purgativas, vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso.

Braguinsky y cols. (1996) mencionan, que el síndrome bulímico es como un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por episodios recurrentes de ingestión rápida de

grandes cantidades de alimentos, en un tiempo reducido; el individuo es consciente de lo anormal de esa alimentación, lo cual le despierta un enorme temor a engordar, porque la autoestima se encuentra indebidamente ligada a la imagen corporal y se siente obligado a recurrir a conducta compensatoria para evitar el temido incremento de su peso.

En los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 (1993), también se describe a la bulimia dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F 50.2 Bulimia Nerviosa

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimento en periodos grandes de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
 - 1) Vómito auto-provocado.
 - 2) Abuso de laxantes.
 - 3) Periodos de ayuno.
 - 4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.

D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso.)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), se proponen los siguientes criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa:

- 1) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b) 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.)
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- 3) Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- 5) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se pueden emplear dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones, (DSM-IV, 1996.)

Purgativo: Es donde la persona se ha provocado el vómito y hace mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

No Purgativo: Es donde la persona emplea técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV y los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 proponen criterios similares, a excepción de la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa que se caracteriza por llevar a cabo atracones de una forma regular y conductas compensatorias inapropiadas si estas conductas tienen lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la cual se caracteriza por negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado, temor intenso a subir de peso o volverse gordo, perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño y forma del propio cuerpo y amenorrea. Por su parte, el CIE-10, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular, (DSM-IV-TR, 2000.)

Moreno, Monereo y Álvarez (1998) pensaban, que la bulimia nerviosa o “hambre de buey” se caracteriza por episodios recurrentes de ingestión de alimentos durante los cuales se consumen cantidades masivas de alimentos de contenido calórico alto en periodos de tiempo recortados, todos ellos acompañados de sensación de descontrol.

Papalia y Wendkos (1998) consideran, a la bulimia nerviosa como “un desorden del apetito en el cual una persona por lo general come cantidades gigantes de comida y luego se purga con laxantes o induciendo el vómito; siendo más común en las mujeres jóvenes” (p.372.)

Sherman y Thompson (1999) mencionan, que la bulimia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales generalmente, les sigue un proceso de purga.

French (1999), la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por episodios incontrolables de una ingesta desmesurada (o sobreingesta) de alimentos, seguidos de vómitos que se provoca la víctima y del abuso de laxantes, con la finalidad de eliminar todo lo ingerido para evitar los efectos engordantes de la comida.

Hales et al. mencionan que “la bulimia nerviosa es un término que significa ingestión voraz, en donde los atracones de comida son la conducta predominante que trae como consecuencia el dolor o molestias abdominales, el vómito autoinducido, el sueño y una interrupción social” (p.996.)

Para Davison (2002), la palabra bulimia nerviosa proviene de los vocablos griegos “bous” que significa cabeza de ganado, y “limos”, hambre. Se le llama el síndrome de la glotonería y purga, y consiste en episodios de alimentación excesiva seguidos de vómitos inducidos o sobre dosis de laxantes, para echar fuera la enorme cantidad de comida ingerida.

Analizando lo anterior, se reconoce que la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una alteración en la manera de comer, ya que se ingiere alimento de manera excesiva existiendo al mismo tiempo un sentimiento de culpa por el aumento de peso y pensamientos de autodesprecio, lo que generará que se lleven a cabo prácticas compensatorias como el inducirse el vómito, usar laxantes y realizar purgas.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

El modelo psicoanalítico afirma que el desarrollo de la bulimia en algunos sujetos se puede deber a problemas internos vinculados con sensaciones orales en donde la persona inconscientemente satisface deseos y necesidades de objeto por medio de la ingesta excesiva, lo cual ocasionará sentimientos de culpa que después serán aminorados con la expulsión del alimento.

Kohut (1971), describe las dos necesidades principales de relación de objeto, las cuales son: (Ortiz, 2002.)

- 1) Reflejo de las necesidades de objeto.
- 2) Idealización de las necesidades de objeto.

Esto es, que la persona con bulimia nerviosa al eliminar o ignorar la comida refleja el cumplimiento de las necesidades de objeto. Entonces, la satisfacción de sus necesidades derivarán a través de la comida, es decir, por medio de idealizar las experiencias de relación de objeto.

Geist (1989) considera, que las personas que padecen bulimia nerviosa experimentan sentimientos malignos de vacío, los cuales se controlan por medio del comer compulsivo o mediante el vómito y evitación de la comida, así tienen el control de su ingesta excesiva. Por lo tanto, no confían en los seres humanos para cumplir sus necesidades de relación de objeto, más bien acuden a la comida para cubrir estas necesidades, (Ortiz 2002.)

Otto Fenichel (2000) considera, que los sentimientos de culpa se hayan vinculados a sensaciones orales y más específicamente a sensaciones intestinales. Por ejemplo, el remordimiento lleva a las personas a anular algo para satisfacer la conciencia y esto es percibido inconscientemente como un acto de devolución de contenidos del cuerpo, lo

cual se puede relacionar con el acto de vomitar de las personas bulímicas con el fin de reducir la culpa provocada por un atracón.

Fenichel (2000) menciona que “una característica vinculada a los sentimientos de culpa es el asco en donde el precursor de este es un síndrome fisiológico de defensa, que se produce automáticamente tan pronto como algo que es repulsivo alcance el aparato digestivo, más tarde se aprende a usar este reflejo como una defensa de negación en general, después en una defensa contra ciertas pulsiones sexuales, especialmente de carácter oral y anal” (p.164.) Esto provocará el surgimiento de la vergüenza como una defensa contra el exhibicionismo y en particular contra la sensación de asco que puede llevar al vómito, por lo tanto, las personas bulímicas desean que no las vean cuando realizan atracones o vomitan y por tal motivo realizan a escondidas estas conductas.

De este modo, el modelo psicoanalítico manifiesta que los afectos se depositan en la comida, ya que las personas se sienten rechazadas por los demás y buscan en los alimentos una forma de satisfacer las necesidades que no han sido cubiertas relacionadas con la aceptación de las personas que las rodean e idealizando las experiencias que tienen que ver con la interacción social, (Kohut, 1971.) Sin embargo, al darse cuenta que necesitan comer demasiado para reducir su angustia utilizarán el vómito para escapar de los sentimientos de culpa que le generan sus atracones, ya que si las demás personas descubren esta actividad posiblemente manifestaran su rechazo, además de que el vómito y la purga les ayuda a sentirse limpias, (Fenichel, 2000.)

ENFOQUE CONDUCTUAL

La parte conductual de la bulimia se refiere a conductas que refuerzan el transcurso de dicho trastorno. Estas son: excesos en las comidas, purgas, vómitos, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de píldoras dietéticas, ejercicio exhaustivo y ayuno.

De acuerdo con Rosen y Leitemberg, (1982), el purgarse y vomitar son respuestas que ayudan a disminuir la frustración causada por la ingesta excesiva. Para Wilson (1989), las respuestas de las actitudes disfuncionales y cogniciones erróneas acerca del peso y la figura que expresan las personas bulímicas, pueden estar relacionadas con pensar que estando delgadas serán más felices, aceptadas y nunca estarán solas, (Szmukler, Dare, Treasure, 1995.)

Fairborn y Cooper (1984), hallaron que una dieta severa era el desencadenante de la conducta de atracones alimentarios y que un atracón exagerado era el precipitante más común de la conducta de vómito, (Hales et al.)

Mateos y Solano (1997) mencionan, que la bulimia nerviosa forma parte de un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos tanto externos como internos, (Poblano y Trigueros, 2000.)

Por su parte, Spangler (1999) opina, que los síntomas bulímicos son desarrollados y mantenidos por poner un alto valor en conseguir un peso idealizado e imagen delgada acompañada por creencias problemáticas o incorrectas en tres aspectos:

- 1) Expectativas irreales en cuanto a la imagen y peso corporal.
- 2) Significado de imagen/peso corporal, ya que se cree que al obtener el peso e imagen idealizada obtendrán sentimientos de autovalor deseado.
- 3) Modelo de comida/alimentación, ya que se tienen creencias incorrectas acerca de la comida, sistema digestivo y cómo influyen en el peso corporal.

Este mismo autor menciona, que las creencias disfuncionales con relación al cuerpo y a la comida causan la insatisfacción del peso e imagen corporal resultando un rígido y restrictivo modelo alimentario creado para controlar o alterar la imagen y peso corporal.

El resultado de estas creencias es que la alimentación es regulada por roles autogenerados más que señales internas. Estos roles incluyen restricción alimentaria, tipo y cantidad de alimento ingerido durante una comida y la dieta restrictiva que lleva a una privación física y psicopatológica donde su consecuencia es una fuerte señal enfocada a la comida y a la susceptibilidad a la disminución de control sobre el alimento. Para French (1999), las causas que desencadenan este trastorno, pueden ser los fracasos en situaciones emocionales, pérdidas familiares o separaciones, críticas acerca de su cuerpo, malestar ante su propia imagen, la imitación de la moda de la delgadez, abuso sexual, problemas para controlar su manera de comer, sus sentimientos y sus vidas; así que, el trastorno actuará como el medio para restaurar la sensación de control, ya que cuando la persona experimenta la sensación de falta de control inicia las conductas de comer en exceso y purgarse y sentirá que tiene la capacidad de decidir cuando ingerir y desechar los alimentos, de esta manera las conductas de excesos en la comida y purgas se van convirtiendo en un patrón a seguir debido a que les proporcionan bienestar temporal en relación a la disminución de la ansiedad y el inicio de una dieta, que tiene lugar después de un aumento de peso o porque la persona, a pesar de tener un peso dentro de los límites aceptables para su estatura y edad, se ve gorda, es decir, la insatisfacción por el propio cuerpo desencadena su enfermedad. Las oscilaciones del estado de ánimo también contribuyen en gran medida, ya que la ansiedad, tristeza, cólera y aburrimiento pueden precipitar los atracones.

También French (1999) piensa, que este tipo de personas comen en exceso independientemente del hambre que tengan. Durante el atracón, experimentan una pérdida completa del control sobre lo que están comiendo y sienten la compulsión de ingerir grandes cantidades de alimento durante un período relativamente corto de

tiempo, como dos horas o incluso menos y luego provocarse el vómito como una medida para contrarrestar el aumento de peso, sin ser descubiertas.

Así, en el plano conductual, se observa que en la bulimia nerviosa las personas que la padecen realizan una serie de aprendizajes desadaptativos que la mayoría de las veces tienen relación con el inicio de una dieta restrictiva con el fin de controlar su peso corporal, ya que se ven influenciadas por las exigencias de la sociedad con respecto a tener un cuerpo delgado, (Fairborn y Cooper, 1984, y Wilson, 1989.) Como la persona no puede dejar de comer en grandes cantidades cuando está angustiada recurre a diversos métodos que actúan como reforzadores o castigos que le ayudaran a deshacerse del alimento ingerido, el cual representa un aumento de peso que debe evitarse, ya que éste tiene relación con una falta de control de sí mismo, de este modo se genera una conducta repetitiva en cuanto a los hábitos alimenticios en donde participa la ingestión y el desalojo del alimento, (French, 1999, y Mateos y Solano, 1997.)

ENFOQUE SOCIAL

Con relación al modelo social se reconoce que la bulimia nerviosa se desarrolla en un contexto sociocultural donde intervienen la familia, amigos y la sociedad en general, que a su vez contribuyen al desarrollo de creencias disfuncionales acerca de la insatisfacción del peso, imagen corporal y conductas alimentarias restrictivas.

Sights y Richard (1984) consideran, que las madres de las personas que padecen bulimia nerviosa son dominantes, controladoras y tienen expectativas elevadas respecto a sus hijos, mientras que los padres mantenían una estrecha relación con sus hijos durante su infancia, la cual se fue disipando progresivamente cuando éstos llegaron a la adolescencia. Ambos padres pueden ser exigentes y pueden establecer parámetros de comparación entre los hermanos de forma evidente aceptando o rechazando según se

cumplan las expectativas, existiendo de esta manera tensión entre padres e hijos y una escasa comunicación verbal directa entre ellos, (Turón, 1997.)

Braguinsky y cols. (1996) consideran, que las personas con bulimia nerviosa pertenecen, en la mayoría de los casos, a familias donde la ausencia del padre o de la madre es la regla. Hogares de padres divorciados en los que, habitualmente, las normas en el área sexual, en lo referido a la fidelidad, son difusas, cambiantes y contradictorias. Con frecuencia se ve que estas personas tienen un conocimiento cierto de la infidelidad de alguno de sus padres. Donde el padre participa poco o nada en la educación de sus hijos y muestra una incapacidad para poner y respetar límites.

Según Vitousek (1996), en este modelo los síntomas de la bulimia son mantenidos por ideas valoradas acerca de las implicaciones personales de la imagen y peso corporal; dichas actitudes se originan en la interacción de las características individuales establecidas como el perfeccionismo, ascetismo y dificultades en la regulación afectiva con ideales socioculturales para la apariencia. Una vez formada la influencia de las creencias individuales dominado por el empeño de seguir estereotipos alimentarios y conductas para la eliminación, que son responsables de conductas desadaptadas, se ven afectadas por secuelas psicológicas que también sirven para sostener conductas y creencias distorsionadas, (Ortiz, 2002.)

Turón (1997) menciona, que las familias con algún miembro bulímico son conflictivas, desorganizadas, críticas, poco cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros.

Sherman y Thompson (1999) plantean, que la familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia, en estas familias existe una comunicación deficiente o destructiva porque no se motiva a realizar expresiones emocionales, esto es porque los padres nunca

aprendieron de sus propios padres a expresar sus sentimientos en una manera confortable o apropiada, de esta manera se entiende que los hijos crecen en un ambiente donde no hay muchas formas de expresión, esto genera sentimientos y frustraciones que al acumularse provocan que la persona bulímica recurra a la comida como una forma de enfrentarse a estos sentimientos displacenteros. El miedo al rechazo o el temor a la desaprobación de los padres puede haber provocado que se sintieran ansiosos por complacerlos, mostrándose maduros e independientes a una tierna edad. En este tipo de familias se conceden una gran importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico determinado por la elite. Quizá los padres se sometían a dietas con frecuencia o comentan sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de los otros con esto, obviamente están comunicando a los hijos la importancia que conceden a la alimentación, al acto de comer y al peso.

Otro modo en que la familia contribuye al desarrollo de la bulimia es por la desconfianza comunicada por la madre, quien algunas veces ha sido víctima de maltrato y nunca ha resuelto sus problemas pasados, lo cual provoca la inseguridad que tienen las personas que padecen bulimia, impidiendo que desarrollen un sentido de su propia capacidad, (Sherman y Thompson, 1999.)

Otro aspecto que manejan Sherman y Thompson (1999), que puede desencadenar el trastorno es la influencia de los amigos haciendo comentarios acerca de comer en exceso y perder peso, o por la influencia de los medios de comunicación, ya que éstos proporcionan información acerca de artículos para perder peso. De este modo, los factores que desencadenan la bulimia hablan de la existencia de una inconformidad con respecto a su imagen corporal, en el ámbito familiar o que existe una influencia de su entorno social. Dichas inconformidades son sustituidas con la ingesta excesiva de

alimento, y la ansiedad que se desprende de esta conducta es aliviada gracias a las purgas y vómitos.

Poblano y Trigueros (2000) consideran, que las personas con bulimia nerviosa tienen una imagen negativa de sí mismas y de no ser deseadas y al no cumplir con los requisitos que impone la sociedad como la delgadez y belleza, hace que la gordura sea vista como un fracaso, por lo cual, la comida es vista como un sustituto del afecto; se dice que el vómito y la purga son originados por la culpa y por el sentimiento de que su cuerpo está sucio por comer demasiado, siendo esto una forma de sentirse limpias.

Lo anteriormente descrito en el modelo social plantea que los factores socioculturales participan en el desarrollo de la bulimia y son los mismos que intervienen en la anorexia nerviosa, por lo tanto, el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento constituyen el denominador común de ambos trastornos, ya que el rechazo a toda forma de obesidad o sobrepeso se ha incorporado al estilo de vida de las personas. Vitousek (1996) menciona, que la bulimia nerviosa es mantenida por las ideas valoradas acerca de la imagen y el peso corporal, las cuales se verán reflejadas en las conductas y creencias distorsionadas con relación al alimento. En el caso de la bulimia nerviosa se distingue que una de las características principales de las familias de quienes padecen este trastorno es que existe una comunicación deficiente, poca capacidad para expresar sentimientos, desintegración familiar, conflictos, y críticas que pueden estar relacionadas con la apariencia física, por lo tanto se le puede dar una gran importancia a la dieta, la alimentación y el peso, (Braguinsky y cols, 1996; Sherman y Thompson, 1999; Sights y Richard, 1984, y Turón, 1997.) Así, las personas se han vuelto más delgadas y esta apariencia se ha sobrevalorado a través de los medios de comunicación y de comentarios con respecto al

comer en exceso y perder peso, ya que proyectan imágenes que relacionan a las personas atractivas delgadas con el éxito y la felicidad y esto produce mayor impacto para el sexo femenino, (Sherman y Thompson, 1999.)

En cuanto a las similitudes que se encontraron en la bulimia nerviosa entre los modelos psicoanalítico, conductual y social es que las conductas de las personas que padecen este trastorno están dirigidas a adoptar nuevos hábitos alimenticios y a la utilización de métodos compensatorios como los vómitos y las purgas, con el fin de obtener la figura corporal exigida por la sociedad, ya que ésta ha impuesto la idea de que obtener un cuerpo delgado ayudará a alcanzar metas elevadas y a obtener éxito.

Con respecto a las diferencias de los modelos planteados el psicoanalítico plantea que el consumo exagerado de alimento tienen como significado la satisfacción de necesidades que tienen relación con la búsqueda de afecto y la reducción de ansiedad; el modelo conductual se centra en las conductas que realizan las personas para deshacerse de los alimentos ingeridos en grandes cantidades, ya que como las personas no pueden dejar de realizar ingestas excesivas tienen que recurrir a métodos que las ayuden a calmar su ansiedad provocada por éstas, y el modelo social tiene relación, como es en el caso de la anorexia nerviosa, con la imposición de poseer un cuerpo delgado para lograr los objetivos planteados, así que también participan para el origen y mantenimiento de la bulimia los medios de comunicación, la familia, los amigos y la moda.

A continuación se describirán las anomalías físicas, psicológicas y sociales que se presentan cuando se padece el trastorno de la bulimia nerviosa con el fin de conocer la manera en cómo afecta dicho trastorno la salud física, mental y socialmente. Con esto se pretende llegar a un conocimiento de cómo las personas permiten que sus conductas

y pensamientos desadaptados las lleven a padecer este trastorno causado por la influencia que existe de poseer un cuerpo delgado.

ALTERACIONES FÍSICAS

Con relación a las anomalías físicas French (1999) menciona, que la práctica de los métodos compensatorios para perder peso provocan efectos secundarios a nivel físico. Los relacionados con los atracones son la distensión abdominal, la hinchazón de las manos, piernas y pies (edema), la inflamación de las glándulas salivales alrededor de la cara y de la línea de la mandíbula, la sensación de cansancio, náuseas, falta de aliento (disnea), mareo, predisposición a las caries dentales y la enfermedad de la gingivitis (piorrea) como consecuencia de los atracones de alimentos ricos en hidratos de carbono.

En lo que respecta a los vómitos, los efectos secundarios son la hipoglucemia, que es la disminución de azúcar en la sangre, desequilibrio químico referentes al potasio y al sodio, problemas dentales produciendo su desgaste quedando expuestas la pulpa y las terminaciones nerviosas, hemorragias en el tracto intestinal, formación de ampollas, desgarres y hemorragias en la garganta y el esófago y déficit de proteínas, esto ocasiona a su vez acumulación de agua en los tejidos corporales que se conocen como edemas, estos, incluyen cara abotargada, párpados hinchados, tobillos y pies, (French, 1999.)

Cuando las personas recurren al abuso de los laxantes se sienten extremadamente cansadas. La diarrea crónica provoca deshidratación y pérdida de sales minerales en el organismo, provocando una disminución en la fuerza muscular y un estado de irritabilidad cardíaca, lo que a su vez lleva a arritmias cardíacas. También el abuso de

los laxantes puede provocar la pérdida del tono intestinal y un estreñimiento secundario, lo cual hace que las personas abusen mayormente de estos.

En los valores sanguíneos también existen alteraciones secundarias, en las personas bulímicas no purgativas, se identifica anemia, la cual contribuye al cansancio que manifiestan algunas personas, al mismo tiempo se puede observar un aumento de las concentraciones de carotenos, que serían responsables de la coloración amarillenta de la piel que presentan algunas personas bulímicas y el aumento en los niveles de colesterol sanguíneo. Existen pérdidas importantes que provoca la disminución de los valores sanguíneos en las hormonas sexuales femeninas, los estrógenos y la cesación de la menstruación (amenorrea.) Las mujeres en las que ha tenido lugar estos cambios son propensas a sufrir una desmineralización de los huesos y, en consecuencia, con el tiempo ocurre mayor riesgo de fracturas. Esta enfermedad es conocida como osteoporosis, que es muy frecuente después de la menopausia, porque los ovarios dejan de producir estrógenos y puede aparecer en mujeres más jóvenes con historia de amenorrea y falta de calcio en la dieta como consecuencia de estar en régimen casi permanente. Además, estos hábitos purgativos eliminan los nutrientes y energía ingerida a través de los alimentos, despertando en el sujeto sensaciones de hambre, lo cual conducirá a que se repitan los ciclos de ataque de glotonería–conducta purgativa. La conducta purgativa y los ciclos señalados tienen como consecuencia negativa problemas de salud que provocarán una disminución en el ritmo metabólico, el cual conducirá a incrementar la probabilidad de ganar peso, (French, 1999.)

Como se mencionó, las personas con bulimia nerviosa que se inducen el vómito y abusan de purgantes y diuréticos son susceptibles de padecer diversas anomalías físicas originadas por dichas conductas. Las anomalías que pueden dañar la salud de

manera grave son: hemorragias en el tracto intestinal y garganta a causa de los vómitos, arritmias cardíacas, estreñimiento y la osteoporosis.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Las personas bulímicas presentan síndromes psicopatológicos como los depresivos, manifestando problemas en sus relaciones interpersonales, con el concepto de sí mismos y con conductas impulsivas, mostrando niveles elevados de ansiedad y compulsividad. Así, al tener la persona una preocupación persistente por el peso y la figura, tiende a autoevaluarse exclusivamente en función de su peso y su figura. Es importante destacar que la baja autoestima y los sentimientos de tristeza, soledad y angustia están determinados a partir del deseo de adelgazar, la cual es una conducta que llevará al éxito social y la valoración personal, (Saldaña, 1994.)

Sherman y Thompson (1999) mencionan, que la baja autoestima es el rasgo más importante, ya que se presenta con mucha frecuencia y es el que contribuye más que cualquier otro rasgo a mantener la bulimia. La baja autoestima significa que la persona no se agrada a sí misma, se centra en su aspecto físico, ya que le desagrada su ser interno, por lo tanto tiende a denigrarse. También tiene un discurso negativo para explicar lo que le sucede en su vida, si algo sale mal, está dispuesta a aceptar la culpa, ya que la ineptitud e ineficiencia se ajustan a como piensa y siente respecto de sí misma. Por otra parte, si algo sale bien en su vida, es poco probable que se lo atribuya así misma, ya que el éxito no tiene cabida en su autoconcepto negativo.

Los niveles elevados de ansiedad generan una baja tolerancia a ésta y a la frustración, que significan que la persona tiene dificultad para esperar, en términos de tolerancia, significa que encuentra difícil retrasar la gratificación. En este aspecto si la persona espera hacer algo, espera ser capaz de hacerlo ahora. Asimismo espera tener la

capacidad para hacerlo perfectamente, estas expectativas poco realistas se relacionan prácticamente con todos los aspectos de su vida, cree que no puede alcanzar el éxito, se dice a sí misma que debe ser capaz de hacer todo rápido y perfectamente y, al mismo tiempo, cree que no puede hacerlo. Parte de la dificultad para tolerar la frustración, consiste en que siente que ha estado frustrada toda su vida, y esta frustración se fomenta por su propia privación. Con mucha frecuencia no se permite comer lo que quiere en el momento en que lo quiere ni la cantidad que desea, suele negarse a sí misma placeres simples porque no los merece, debido a que rara vez cree que es lo suficientemente buena en lo que hace.

Parte de la baja tolerancia a la frustración se relaciona con el hecho de que, se siente ansiosa por una diversidad de razones, como la preocupación de la autoimposición irreal del empleo de dietas altamente estrictas para el control de su peso, la interrupción de dichas dietas que conducen a un atracón y el miedo a ser descubierta por los demás cuando realiza atracones que terminan en vómitos. Su dificultad con la ansiedad se complica aún más con el hecho de que intenta reprimir sus sentimientos, lo cual crea más ansiedad que debe reprimir. Estas personas sufren un estrés emocional, lo cual motiva a una necesidad más intensa de buscar la liberación y el alivio mediante los excesos en la comida y las purgas.

El estilo compulsivo en la bulimia se caracteriza por un perfeccionismo, afán por el orden y orientación hacia las reglas que, con frecuencia, raya en la rigidez. Este medio rígido de relacionarse con el mundo tiene como propósito principal poder lidiar con el temor y la ansiedad asociados con la desaprobación. Esto queda evidenciado por la rigidez de sus horarios y cualquier cosa que interfiera con estos es motivo de frustración y ansiedad, (French, 1999.)

Estas situaciones vividas por las personas bulímicas crean un círculo vicioso provocando estragos a nivel emocional que se traducen en una depresión, complicándose aún más por el hecho de utilizar las mentiras, el engaño, ocultarse o incluso robar para satisfacer sus necesidades con respecto a la comida.

Por último, los cambios drásticos de humor que son causados por el patrón alimentario hacen que sea muy difícil vivir con este tipo de personas, ya que las relaciones con frecuencia son tormentosas conduciéndolas a la ruptura, lo cual provoca que se refugien en el ritual de atracones/purgas, ya que consideran que es una forma de aislarse de las relaciones personales que puedan llegar a ser exigentes desde un punto de vista emocional o sexual. De este modo, la falta de autoestima y la sensación de una vida gris y sin sentido explica el estilo de vida caprichoso y orientado hacia la comida, (French, 1999.)

Los bulímicos no son fáciles de reconocer porque parecen comer normalmente cuando están con otras personas, la mayor parte presenta un peso en los límites de lo aceptable para su talla y peso pero se entregan a sus atracones alimentarios cuando están a solas. Las personas que padecen bulimia observan que su peso fluctúa constantemente debido a su forma desordenada de alimentarse, pero estos cambios con frecuencia tienen lugar durante un espacio muy corto de tiempo, por lo que tienden a escoger ropa que oculte la verdad a los ojos de los demás.

Turón (1997), comenta que los episodios de ingesta voraz, llamados atracones, se refieren a la ingestión de una gran cantidad de alimento en un tiempo considerablemente corto. Los bulímicos comen de forma episódica y generalmente oculta, comen con voracidad grandes cantidades de alimento; esta conducta no cede hasta que no acaba con los alimentos o su estado físico o psíquico se los impide.

Comienzan con pequeños atracones, llevándose de forma oculta la comida, no coinciden con las horas de las comidas, durante las cuales mantienen una dieta restrictiva, sino que suelen presentarlos en momentos en los que nadie los ve. En ocasiones, es a continuación de las comidas. Otras veces el atracón es la suma y cúmulo de pequeñas ingestas continuadas. La forma de comer y la frecuencia de las comidas también es anormal, comen rápido, voraz y compulsivamente; la engullen sin saborearla y en ese momento ya están pensando como eliminar el contenido gástrico. Entre atracón y atracón, los bulímicos mantienen una dieta restrictiva o incluso ayunan por completo, la alternativa de ayunos y atracones refuerza y potencia el trastorno bulímico, ya que el ayuno predispone y facilita la aparición de episodios de ingesta incontrolada. De acuerdo con French (1999), los bulímicos confían en el ayuno como un medio de controlar su peso tiende a pasar por fases de atracones que pueden durar algunos días, seguidos de varios días sucesivos de ayuno para contrarrestar los efectos perjudiciales del atracón. Las personas que se provocan el vómito o se purgan con frecuencia completan los ciclos de atracón purga al cabo de dos horas.

Para Sherman y Thompson (1999), los excesos en la comida son debido a factores psicológicos, ya que las personas se han estado privando de platillos que en realidad se les antoja pero que se abstuvieron de comer. Llega a desear aún más los alimentos prohibidos, incluso al punto de excederse. Los excesos en la comidas pueden ser útiles en dos sentidos, el primero, les distraen de sentimientos displacenteros y el segundo, les permiten liberar la tensión que se ha incrementado al reprimir sus sentimientos y de esta manera experimentan una sensación de alivio al descargar esa tensión.

Otro punto de vista del exceso de comer es el goce que se deriva de este para los bulímicos que lo disfrutan, esto puede atribuirse a uno de dos factores. Primero, algunas

personas señalan que realmente disfrutaban el sabor de la comida y el segundo factor está asociado con el goce en el exceso de la comida que es el control, es decir, la liberación de tensión. A fin de excederse en la comida, los bulímicos renuncian a la restricción sobre sus sentimientos y su alimentación. Esta liberación proporciona una descarga de tensión que se percibe como placentera, (Sherman y Thompson, 1999.)

Una técnica que se utiliza para el alivio de los excesos de comida que sufren los bulímicos es la purga; así, Rosen y Leitenberg (1985), afirmaron que ésta reduce la ansiedad que les producen sus ratos de glotonería, (Davison, 2002.)

La purga tiene también el propósito de que por medio de ella se corrijan los hábitos alimentarios. Debido a que no quiere subir de peso por los excesos en las comidas trata de eliminar la ganancia potencial de peso induciendo el vómito, abusando de laxantes ó diuréticos. La purga permite una liberación emocional pues cuando aumenta la tensión asociada con las represiones de emociones, aumenta la necesidad de liberación de tensión, así es que, la descarga de emoción contenida, así como el alivio que sienten al vaciar el estómago, refuerzan las conductas de purga. La purga indica el final de un proceso difícil, lleno de estrés, que permite que sientan las personas que tienen de nuevo el control, siendo más dañina que los excesos en la comida; fisiológicamente, ésta deshidrata el cuerpo y crea un desequilibrio de electrolitos; psicológicamente, refuerza la compulsión de comer, ya que la persona piensa que ha corregido los estragos del atracón, entonces existe la posibilidad de que se vuelva a exceder en la comida. Antes de comer tiene la finalidad de volver aceptable la comida y después de comer se usa para corregir los excesos, (Sherman y Thompson, 1999.)

Para Turón (1997), la conducta que más frecuente realizan las personas bulímicas, es el vómito y menos el uso de diuréticos, los vómitos se suelen asociar con los laxantes y/o

ejercicio físico. Así, al principio les resulta fácil provocarse el vómito introduciéndose dos dedos o cualquier otro objeto, como el mango del cepillo dental, hasta el fondo de la garganta, algunos bulímicos son capaces de regurgitar todos el contenido del estómago espontáneamente mediante la contracción del diafragma y los músculos abdominales, también, pueden llegar a inducirse los vómitos sin ningún esfuerzo, lo cual es menos perjudicial que cuando ya existe un malestar gástrico, ya que los alimentos ingeridos son vomitados en un estado no digerido, las sesiones de atracones–vómitos pueden requerir una cantidad extraordinaria de tiempo, la cual depende no sólo de la facilidad con que las personas con este tipo de trastorno consiguen vomitar, sino también de la cantidad de alimentos que han regurgitado. Comer y vomitar llegan a convertirse en actos inseparables. Cuando desaparece el alivio de haber vomitado todo lo ingerido, la persona experimenta una sensación de vergüenza, humillación y depresión.

También los laxantes son utilizados de forma anárquica y a grandes dosis, la razón inicial a veces está en el estreñimiento después se busca para el vaciamiento del contenido intestinal. La mayoría de las personas con este tipo de trastorno, sin necesidad de abusar de los laxantes presentan conductas favorables de la laxación, ya que toman alimentos con fibra o los que recomiendan los medios de comunicación para la buena evacuación.

Los laxantes y los diuréticos ayudan a la persona bulímica a creer que está adelgazando, pero en realidad, ambos recursos simplemente eliminan agua del cuerpo. Aun cuando el uso de estos productos facilita una baja temporal de peso por la pérdida de agua, esta práctica también establece y mantiene un ciclo de pérdida de líquidos seguidos por una retención de rebote. Las dificultades con el abuso de laxantes y diuréticos, así como con el vómito son graves; la rápida eliminación de agua del cuerpo

crea un desequilibrio de electrolitos como el potasio, sodio y cloruro, los cuales son necesarios para el funcionamiento de los principales sistemas de organismo, el abuso de laxantes y diuréticos durante periodos prolongados pueden conducir a graves disfunciones en el corazón, riñones e hígado y provocar que el tracto digestivo se vuelva perezoso y que no pueda funcionar sin laxantes y en casos extremos, puede causar la muerte, (Sherman y Thompson, 1999.)

El ejercicio físico también representa un papel purgante en la bulimia. Esta conducta difiere en que se puede poner en práctica antes o después de excederse en la comida; es decir, la bulimia puede darle legitimidad a un atracón mediante el ejercicio. Si la persona sabe que va a comer fuera de casa o que estará en una situación en la cual se espera que coma, es posible que haga ejercicio intenso, ayune o abuse de laxantes y diuréticos para que la comida no cause en ella efectos negativos, (Sherman y Thompson, 1999.) Para la mayoría de los bulímicos, este método no suele ser una medida muy efectiva por su inconstancia, ya que son incapaces de dedicar mucho tiempo al ejercicio y lo abandonan rápidamente. Según French (1999), a medida que las personas se retraen cada vez más en su mundo privado de atracones y purgas, su sentimiento de aislamiento y soledad se hace más y más profundo, al igual que su miedo a ser “descubiertas” algún día. El estrés como consecuencia de ocultar sus atracones alimentarios, puede ser abrumador. En ocasiones se traduce en un mayor número de atracones, porque la ingesta de alimentos es lo único que parece aliviar la tensión de las personas. Estas son conscientes de que su manera de comer es anómala, pero la vergüenza, los sentimientos de culpa y el desprecio hacia sí mismas pueden hacer que inicialmente se sientan reacias a reconocer el problema, en ocasiones durante años, y en consecuencia tampoco desean confiarlo a nadie más.

También se presenta mayor grado de conducta irresponsable. Cuando en un periodo razonable no obtienen recompensa, se sienten frustrados y, por un corto tiempo interrumpen su búsqueda de aprobación. El perfeccionismo y la compulsión que se presenta en los bulímicos pueden conducir a lo que parece irresponsable, aunque algunas conductas parezcan irresponsables están relacionadas con el temor y con la deficiente concentración, primero porque pueden estar preocupados por la comida, peso y cuerpo, por lo tanto, no piensan en otras cosas y segundo porque están deprimidos y dicha depresión casi siempre obstaculiza la concentración, y tercera, la falta de concentración puede deberse a los efectos fisiológicos de cómo y qué están comiendo y con cuanta frecuencia se están purgando, (Sherman y Thompson, 1999.)

En el pensamiento de las personas con bulimia nerviosa los excesos en la comida, las purgas y las emociones forman parte del mantenimiento de dicho trastorno, ya que estos tres aspectos antes mencionados se relacionan actuando mutuamente. Es decir, la forma en que estas personas piensan tiene relación con lo que sienten y hacen, por lo cual las personas bulímicas se enfrascan dentro de un pensamiento negativo, el cual le ayuda a mantener el trastorno. Estas personas tienen pensamientos irracionales, los cuales son inexactitudes en el juicio, es decir, los pensamientos son ilógicos y distorsionados, que hacen que las personas creen cosas acerca de ellos mismos y de lo que hacen que no están basados en la realidad.

David Burns, menciona los siguientes ejemplos de pensamientos irracionales: (Sherman y Thompson 1999.)

- 1) Pensamiento de todo o nada, que ocurre cuando la persona ve las cosas en categorías concretas y absolutas, es decir, cuando la persona bulímica no come en

forma perfecta, se ve a sí misma como un fracaso total, ya que para ella una persona es delgada o gorda.

- 2) Generalización excesiva, que ocurre cuando una persona utiliza un sólo error para predecir que ella nunca cambiara. Esto es, la persona bulímica puede usar un episodio de exceso en la comida para pronosticar que ella nunca será capaz de comer normalmente.
- 3) Desacreditación de lo positivo, que ocurre cuando una persona rechaza las experiencias positivas o las cosas que ha hecho bien diciendo que “no cuentan”, es decir, la persona bulímica “no cuenta ninguna de sus experiencias positivas al comer”.
- 4) Conclusiones precipitadas, las cuales ocurren cuando se interpreta negativamente con precipitación una experiencia, incluso cuando no existen hechos para apoyar esa evaluación o suposición. En el caso de la persona bulímica, puede convencerse a sí misma de que no será capaz de comer adecuadamente, aunque ya lo ha logrado muchas veces.
- 5) Magnificación y minimización, que implica exagerar los errores propios, mientras se minimizan los errores y fallas de otros. La persona bulímica considera que si otros están pasados de peso esta bien, pero en cuanto a ella misma, lo considera catastrófico.
- 6) Razonamiento emocional, que sucede cuando la persona considera que su sentimiento negativo refleja con exactitud como son las cosas realmente, es decir, la persona bulímica puede sentirse gorda y de ahí, suponer que realmente lo está.
- 7) Afirmaciones relacionadas con el deber, donde la persona usa el término “debo” en un intento por motivarse a sí misma. Por ejemplo, es común que estas personas

digán que siempre deben tener el control de su alimentación, lo cual en realidad causa en ellas frustración y presión.

Debido a que la forma de pensar de estas personas siempre se dirige a ellas mismas de una forma negativa y devaluada, es obvio que esto las puede llevar a tener una disminución de la autoestima o incluso caer en una depresión. Por lo cual estos pensamientos y sentimientos provocan que la persona utilice la comida para aliviar, aunque sea de forma temporal su incomodidad.

Mencionando el aspecto intelectual de las personas con bulimia se puede decir que presentan un desarrollo escolar variable, ya que desde la infancia muestran un rendimiento escolar mediocre con un nivel de inteligencia promedio, pueden presentar alteraciones de la atención y de la concentración, así, dicha incapacidad de concentración es la causa más probable de las dificultades académicas que puedan tener.

Con respecto a estas anomalías en la bulimia nerviosa se puede concluir que comienza tras un periodo de un régimen dietético que se realiza con el fin de perder peso. Mas tarde se generan episodios de atracones que están seguidos de vómitos autoinducidos y del uso de laxantes, de este modo, estas personas no comen de forma regular y tienen problemas para sentirse saciadas al terminar una comida normal. Para llevar a cabo los atracones que caracterizan a este trastorno las personas prefieren la privacidad, ya que reconocen lo negativo de este tipo de conductas existiendo en realidad una falta de control de sus impulsos aunque las personas sientan lo contrario, debido a que piensan que es son las únicas que pueden decidir cuando comer y cuando dejar de hacerlo existiendo a su vez una preocupación anticipada por el peso, lo cual las

lleva a corregir el aumento de peso por medio de las purgas, el ayuno, la utilización de laxantes, diuréticos y la realización de ejercicio en exceso.

ALTERACIONES SOCIALES

La presencia de anomalías a nivel físico y psicológico se ven reflejadas en las relaciones sociales y las conductas que realizan las personas con bulimia nerviosa. Dicho trastorno puede tener su origen en la educación recibida por parte de los padres, ya que estos transmiten ideas de anhelar una figura corporal delgada, lo cual los lleva a tener una alteración en la alimentación teniendo excesos en la comida y realizando dietas, purgas, ayunos y uso de diuréticos y laxantes. Esto puede hacer que las personas bulímicas, con el fin de agradar a los demás y sentirse aceptadas se muestren risueñas y optimistas, llenas de vida y de seguridad en sí mismas. Aunque muchas son personas llenas de talento y atractivas, su aspecto no deja traslucir su frágil autoestima y su profunda aflicción interna por la falta absoluta de control sobre la ingesta alimentaria.

Es así, como French (1999) manifiesta, que la personalidad de los bulímicos se caracteriza por esforzarse para ser perfectos existiendo siempre una preocupación porque no hacen las cosas lo suficientemente bien, ya sea en su trabajo o en el sentido de ser "lo bastante buenos" para los demás. Este severo juicio personal acaba con la autoestima y les impide valorar cualquier cualidad o hecho positivo relacionado con su persona, además de que se obsesionan con sus fracasos personales, ya sean exagerados o imaginarios. Por este motivo, las personas bulímicas tienen una necesidad de aprobación y pueden presentar dependencia, ya que creen que las cosas verdaderamente importantes que quiere en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por esta razón tienden a

tomar decisiones basadas en lo que creen que los demás quieren o esperan de ellas en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación. Con lo que respecta a la dependencia es en el sentido de que su principal papel dentro de la familia es el de complacer o brindar cuidados, a pesar de esto, dependen de otro en cuanto a su sentido de estima temporal, el cual se deriva de darles gusto. Esta necesidad de aprobación les ayuda a volverse más pasivas, carentes de asertividad y demasiado sumisas como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones. Esto refuerza sus creencias de que no pueden funcionar de manera independiente y además, no le conceden oportunidades para desarrollar confianza en sí mismas. El vivir de esta manera requiere que la persona que padece bulimia relegue sus propias necesidades, lo cual, conduce inevitablemente a frustración y depresión.

La bulimia nerviosa es un trastorno en donde juegan un papel determinante los factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales siendo en la actualidad la presión social la que predomina como causante de dicho trastorno como el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto compensando de esta manera la baja autoestima y el miedo a ser rechazado incrementándose la presencia de depresión, lo cual da como resultado cambios en los hábitos alimentarios y en el control del peso, provocados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva surgiendo así, pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física.

O B E S I D A D

Se aborda el tema de la obesidad con el fin de conocer las causas que la originan y las consecuencias que conlleva a las personas que la padecen, las cuales están relacionadas con problemas de salud pero sobre todo con el rechazo que se produce de la sociedad, ya que ésta exige cada vez más que las personas sean delgadas para tener éxito y ser aceptadas, por lo tanto, las personas que la padecen pueden enfrentarse a muchos obstáculos debido a su apariencia física.

La obesidad se considera como un trastorno de la conducta alimentaria, ya que puede originar riesgos graves para la salud cuando se excede un determinado nivel de peso por encima del que se considera el peso ideal, sin embargo cuando esta obesidad provoca factores psicológicos como una alteración emocional, que afectan al estado físico es importante considerar algunas características que se utilizan para poder diagnosticar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Harré y Lamb (1986) consideran, que en el término de obesidad expresa la presencia de una cantidad anormal alta en grasas del cuerpo; siendo ésta asociada con muchos desórdenes como el no consumir las mismas cantidades de alimento que una persona con peso normal, la utilización deficiente de la energía, ya que en ésta hay un déficit provocando que la energía consumida sea mayor que la incorporada.

Perpiña (1989) considera, que a la persona obesa se le atribuyen características de glotonería, irresponsabilidad, apatía, inmadurez, problemas para socializar, fealdad, deshonestidad y sobre todo repulsividad. Esta estigmatización y rechazo a la persona obesa refuerzan los sentimientos de soledad que experimenta este tipo de personas, (Saucedo, 1996.)

Saldaña y Rossell (1988) definen, a la obesidad “como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal y cuando se esta por encima del 20% del peso ideal en relación con la complexión, talla y edad” (p.17.)

Gómez Pérez-Mitré (1993) la considera, como un exceso de grasa corporal, así una persona es obesa cuando la masa total del tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo.

Para Miller (1995), el término obesidad es una denominación descriptiva para indicar la existencia de exceso de grasa corporal, que sobrepasa el 20% del peso ideal corporal. Es también un síndrome clínico que aparece cuando existe un exceso del tejido adiposo en el conjunto del peso corporal, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Braguinsky y cols. (1996) consideran, que la obesidad es todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo, puede considerarse como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Saucedo (1996), encontró que las personas obesas tienen dificultades para establecer interacciones sociales y afectivas. Asimismo las personas obesas presentan poca frecuencia en conductas de afrontamiento para eliminar la soledad, pues al parecer la condición de rechazo social encubre la experiencia de soledad.

Según Garner (1998), a la Obesidad no se le ha definido como un trastorno de la conducta como en el caso de la anorexia y bulimia nerviosa, ya que no existen pruebas concluyentes de que los obesos coman más de los que no lo son y además muchas personas que padecen de obesidad pueden no tener ninguna perturbación psicológica al igual que las personas no obesas. Sin embargo, se considera un trastorno alimentario cuando las personas que la padecen adoptan modelos de conducta consistentes en

hacer dietas muy estrictas mezcladas con algunos atracones de conducta esporádicos y así se desarrolla en ellos una alteración psicológica que los lleva a actuar incorrectamente y de manera constante con el fin de perder peso.

Moreno et al. consideran que la obesidad es un exceso de tejido adiposo que origina un aumento de peso corporal con respecto a lo que le correspondería según sexo, talla y edad. En condiciones normales, el cuerpo humano contiene una cantidad de tejido graso que varía entre un 15-18% en el hombre joven y entre un 20-25% del peso corporal en la mujer.

Caballero (2001) define, que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que se desarrolla por la interacción del genotipo y el ambiente, al establecerse un desequilibrio entre ingesta y gasto de energía, con el consiguiente aumento de acumulación de grasa corporal.

Considerando lo anterior, se reconoce que la obesidad está caracterizada por una excesiva acumulación de grasa en el cuerpo y aunque no se consuman demasiadas calorías ésta puede ir creciendo debido a los determinantes genéticos o la educación alimentaria por parte de los padres, lo cual se traduce en el aumento de peso corporal que va a provocar en las personas riesgos para su salud y para su autoestima provocando esto problemas de socialización y afectividad que conllevan a la soledad, ya que las personas se sienten rechazadas debido a su aspecto físico.

Según Unikel, 1998, la obesidad se divide en dos subtipos: (Sánchez y Mojica, 1998.)

- 1) **Restrictiva.** El individuo presenta probables episodios de ingesta excesiva de alimentos como consecuencia de la limitación alimentaria a la que se somete en un periodo de tiempo significativo, por lo cual la falta de control propicia el consumo excesivo de alimentos en un periodo corto de tiempo.

- 2) **Compulsiva.** La persona come en exceso y con mucha frecuencia pero no utiliza métodos de purga y métodos ineficientes (diuréticos.) Así mismo presentan trastornos emocionales como depresión, baja autoestima, sentimientos de rechazo y aislamiento social a consecuencia de su obesidad.

Para poder tener un mejor entendimiento del trastorno de la obesidad es necesario conocer sus causas que la originan debido a que, para el desarrollo de ésta no solo intervienen los factores de ingesta excesiva o falta de voluntad de las personas, las cuales son características que se consideran como fundamentales para el origen y mantenimiento de la obesidad.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

En el modelo psicoanalítico Freud (1930) plantea, que el origen y mantenimiento de la obesidad se da a causa de que existe una fijación hacia la etapa oral, ya que la persona continuará buscando gratificación con la boca, labios y lengua en actos como masticar morder y chupar; que les producen placer. También indica que las personas obesas tienen un odio inconsciente contra la madre y la feminidad debido a un conflicto preedípico además, el hambre, la sed y las necesidades de excreción ocupan el lugar de un deseo sexual.

Para Bruch (1957), la obesidad se debe a que la comida satisface deseos reprimidos, además de que alivia la angustia y disminuye la frustración en individuos inmaduros e independientes, (Zierold, 1993, p.8.)

En 1965 Noyes considera, que la persona obesa al perder peso siente amenazadas sus defensas psicológicas, las cuales están relacionadas a la pérdida simbólica del amor compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer. Dichas defensas son simbolizadas en la satisfacción de comer y en la fuerza por el tamaño físico, ya que el ser obeso representa el deseo de ser grande y poderosos, sin embargo, cuando no se

obtiene placer al adelgazar y a través de las fantasías aparece el sobrepeso. (Zierold, 1993.)

Creff y Herschberg (1981) consideran, que la persona obesa inicia el consumo de alimento de una forma desmedida debido a que en su infancia la ansiedad, el abandono y el sentimiento de fracaso fueron compensados con el alimento, por lo tanto, más tarde esta confusión se instalará en la persona y el sujeto obeso no percibirá nunca más el hambre, pero cualquier tensión o frustración entrañarán el deseo de comer. Así, esta oralidad traduce una constante dependencia frente al alimento que a partir de entonces no está simplemente destinado a calmar un estímulo metabólico, sino que disfraza significados psicológicos o simbólicos, por ejemplo, el alimento puede tener un significado gratificador, el cual es originado por hábitos familiares en donde el comer ayuda a estar "fuerte" y a tranquilizar sentimientos negativos.

Apfelbaum (1987) señala, que el exceso de peso provoca soledad. Las personas al permanecer solas y aisladas, reivindican el derecho de ser ignoradas. Así, la soledad de las personas con obesidad es una defensa que le evita ser humillada, (Zierold, 1993.)

Alperovich (1988) menciona, que existen tres factores que se dan en la obesidad: (Zierold, 1993.)

- 1) Una sobrecarga oral precoz en donde la madre induce al niño a comer alimentos que engordan.
- 2) La inmovilización del niño por parte de los padres, en donde la madre induce al niño a la pasividad con la anuencia del padre que suele ser obeso o ausente.
- 3) Un déficit en el funcionamiento genital debido al mandato de pasividad antes mencionado y la falta de identificación con un padre genital activo.

De este modo, dentro de dicho modelo Freud (1930) menciona, que una de las causas de la obesidad se encuentra en la etapa oral, ya que puede existir una fijación en ésta

que hace que las personas le den una mayor importancia al placer a través de las acciones de morder, masticar y chupar. Bruch (1957) considera, que el origen de la obesidad se debe a que la comida alivia la angustia y disminuye la frustración. Noyes (1965); Creff, Heschberg (1981), y Apfelbaum (1987) afirman, que las personas comen con el fin de satisfacer sentimientos displacenteros como la sensación de frustración, enojo y abandono, así que el alimento no se verá como una necesidad fisiológica sino como un medio para calmarlos, lo cual traerá como consecuencia un aislamiento social causado por la obesidad que le servirá como una defensa contra el rechazo de los demás. Por otro lado, Creff y Heschberg (1981), piensan que la obesidad es originada como una consecuencia inducida por la sobreprotección de los padres queriendo darles cariño por medio del alimento, lo cual ocasiona que las personas al ser adultas busquen satisfacer sus necesidades afectivas a través del alimento y por último Alperovich (1988) menciona, la inmovilización del hijo por parte de los padres.

ENFOQUE CONDUCTUAL

Con relación al modelo conductual se puede mencionar que el origen de la obesidad está basado en aspectos fundamentales como el aprendizaje de hábitos alimenticios que se caracterizan por una alimentación excesiva, lo cual lleva a las personas a utilizar métodos de reducción de peso para corregir dicha obesidad.

Whiters (1964), ha realizado investigaciones en personas obesas y observó que el 95% de éstas tenían antecedentes familiares de obesidad, sin embargo, no hay que deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso. Así, la causa más frecuente de obesidad en los humanos es la ingesta excesiva, considerada como tal de manera absoluta, o con relación a las necesidades energéticas del individuo. Por lo tanto, una ingesta excesiva

se encontrará en la mayoría de historias de sujetos obesos y, una vez desarrollada la obesidad, a menudo el propio sujeto tiende a restringir la ingesta, pero esta restricción no consigue ya detener el proceso de engorda cuando se ha sobrepasado un determinado peso. Esto se debe a que el organismo parece que dispone de mecanismos reguladores del peso corporal, posiblemente localizados en alguna región del hipotálamo o regiones cerebrales vecinas. Estos mecanismos tenderían a mantener estable el peso corporal dentro de unos valores determinados, impidiendo la pérdida o la ganancia excesivas; pero, una vez superados los límites superiores del peso habitual, la tendencia del organismo sería a aumentar cada vez más de peso, (Saldaña y Rossell, 1988.) Es como si el cuerpo tuviera un regulador que indica el tipo de complexión designado a cada persona, por lo tanto, si la persona es de complexión gruesa es muy probable que al ingerir mayor cantidad de alimento con respecto a la que necesita, su cuerpo se irá ajustando a ese recibimiento de calorías, lo cual se traducirá en un aumento de peso; pero cuando la persona se percate de que ya ha aumentado demasiado tratará de disminuir su ingesta calórica pero, como ya recibió un primer mensaje de que debía modificar su regulador interno para recibir más calorías la disminución de calorías es entendida como una amenaza hacia el cuerpo, ya que no recibirá lo que se le daba antes, por lo tanto, trata de quemar la menor cantidad de energía para tener sus reservas y si le sumamos la predisposición que tiene la persona de ser gruesa será imposible que pierda peso fácilmente.

En 1980 Keesy, propuso la teoría del punto fijo, la cual trata de explicar porque las personas que sufren obesidad tienen grandes dificultades para perder peso a pesar de seguir dietas muy rigurosas y postula que cada persona tiene su peso ideal biológico y cuenta con procesos reguladores que le ayudan para mantener su peso constante como

ajustar la ingesta de alimentos y el gasto energético, ya que desde el punto de vista de esta teoría, la herencia determina el punto fijo de peso de la persona, influenciado por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Cuando la persona por medio de la dieta presenta un balance energético positivo en un tiempo prolongado, esto ocasiona que su punto fijo de peso cambie en un nivel superior, lo cual provocará ganar peso y tener dificultad para restaurarlo por el nuevo punto fijo de peso establecido, (Saldaña, 1994.)

Por su parte Saldaña (1994) opina, que el modelo del aprendizaje considera la existencia de los factores psicológicos, principalmente las motivaciones que justifican el tipo de comportamientos que llevan a la obesidad y que los principios de reforzamiento son útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados. Es así como las conductas generadas por las personas se mantienen por los reforzadores a largo y corto plazo, convirtiéndose en potentes para mantener los que se reciben a corto plazo. La conducta de ingesta que es de las principales implicadas en el balance energético es seguida, a corto plazo por importantes y numerosos reforzadores positivos como la disminución del hambre percibida y la satisfacción y placer por el alimento consumido, y la desaprobación de la urgencia por consumir alimentos obtienen a largo plazo consecuencias negativas como el incremento de peso, el rechazo social y la hipertensión. Por ejemplo, la actividad física a corto plazo tiene consecuencias negativas que son poco reforzantes, como tener que buscar tiempo y dejar de hacer otras actividades para realizar el ejercicio, cansancio, fatiga, etc., además que no produce una pérdida de peso inmediatamente e incrementa temporalmente el apetito; mientras que sólo a largo plazo se obtienen los beneficios de su práctica como

mejorar la forma física, pérdida de peso, mejorar el estado de ánimo y disminución del apetito.

Hales et al. dicen que los aspectos conductuales de la obesidad se consideran mejor en dos categorías: 1) la conducta alimentaria y 2) la alteración emocional. Esto es, las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. Algunas personas no pueden distinguir entre la sensación de apetito y el comer cuando están alteradas emocionalmente.

Como se puede observar la obesidad, en el modelo conductual, puede ser ocasionada por situaciones estresantes que hacen que la persona ingiera grandes cantidades de alimento y con frecuencia, además de la predisposición genética, de la forma en que quema grasa el cuerpo y de la imposición de un peso ideal biológico establecido para cada persona que no puede ser sometido a pesar de cambiar los hábitos alimenticios. (Whiters, 1964; Keesy, 1980.) Saldaña (1994), y Hales et al. consideran, que las personas obesas mantienen las conductas de sobreingesta, como consecuencias negativas producidas por las decepciones que sufren generando el desinterés por realizar el intento para bajar de peso, ya que presentan dificultad para distinguir entre la sensación de apetito y el comer cuando están alteradas emocionalmente.

ENFOQUE SOCIAL

Con respecto al modelo social, se puede decir que la obesidad es causada por diferentes actividades que realizan las personas, las cuales tiene que ver con su participación en el medio ambiente como un ser social, por lo tanto, en el origen de ésta pueden participar factores como el desequilibrio nutricional y la realización de ejercicio debido al ritmo de vida donde se realizan diversas actividades.

Moreno et al. consideran que el estilo de vida puede ser un factor causante de la obesidad, ya que en las sociedades industrializadas, el trabajo y la productividad constituyen el centro y punto de referencia fundamental del individuo. Este estilo de vida implica comer fuera de casa, hacerlo deprisa y a deshora y tener un margen muy reducido para elegir alimentos, de tal forma que suelen ser ricos en grasa y azúcares. Al mismo tiempo, la comida va perdiendo el carácter que tenía en generaciones anteriores como un momento para el encuentro interpersonal y el diálogo y solamente se convierte en una conducta de ingestión de alimento, con el único fin de satisfacer el apetito que en ese momento se tiene.

También contribuyen a la obesidad los medios de transporte, ya que hacen que el sujeto comience a tener una vida sedentaria, lo cual supone un menor gasto energético que conlleva a un estilo de vida que implica un riesgo para la obesidad.

Rissanen y cols. (1991) consideran, que el nivel de educación y el número de hijos en las mujeres son otros factores relacionados con la obesidad. La obesidad es más frecuente en mujeres que no han tenido acceso a los recursos educativos y que a su vez tienen un mayor número de hijos, ya que éstos no le permiten a las madres tener un cuidado personal y una alimentación adecuada por falta de tiempo, (Moreno et al.)

Goldman (1994) manifiesta, que la influencia familiar también participa en la aparición de la obesidad; es decir, si la persona proviene de una familia en donde los padres se caracterizan porque en sus propias familias no les manifestaron amor y cariño por medio de expresiones de afecto es muy probable que cuando tengan sus propios hijos empleen los alimentos y la ingestión excesiva de los mismos como sustitutos del amor.

Así, las madres de las familias de personas obesas suelen ser personas solitarias cuyas propias infancias se caracterizaron por privación social, económica o emocional. Estas

madres pueden desear inconscientemente tener niños gordos. La identificación con sus hijos "bien alimentados y cuidados", pueden compensar sus privaciones anteriores. Estas familias pueden además relacionar el tamaño físico y el estado "bien alimentado" con la fuerza física y emocional, así, los niños obesos de estas familias, pueden temer a la pérdida de peso al interpretar de manera incorrecta, que esto sería una pérdida de la fuerza física y el bienestar emocional.

De acuerdo con Turón (1997), otro factor que influye en el desarrollo de la obesidad es el nivel socioeconómico ya que ésta es mucho más frecuente entre las personas de bajo nivel socioeconómico.

Lewis (1966) planteó, una serie de hipótesis las cuales son: (Saldaña y Rossell, 1988.)

- 1) La clase baja consume mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas. Esto se debe al precio más bajo de estos alimentos.
- 2) La clase baja tiene hábitos alimenticios inadecuados y una educación alimentaria deficitaria. Esto implica una falta de criterio para la selección de los alimentos en función de su valor nutritivo.
- 3) La clase baja no sigue tan potentemente los dictados de la moda, ni tiene presiones sociales estéticas tan acentuadas como en los niveles socioeconómicos elevados.
- 4) Las clases bajas tienden a confundir con mayor frecuencia gordura con fuerza.
- 5) Las clases bajas emplean menos tiempo en practicar deportes.

Aunque Saldaña y Rossell (1988) opinan, que a pesar de que es la clase baja la que tiene una prevalencia mayor de la obesidad, es importante mencionar que en las últimas décadas estas hipótesis se están haciendo extensibles a todos los niveles

socioeconómicos y por consiguiente la educación para adquirir hábitos alimentarios sanos y patrones de actividad física se debe ampliar para toda la población.

Se puede concluir del modelo social que Lewis (1966); Saldaña y Rossell (1988), y Turón (1997) plantean, que el origen de la obesidad surge dentro del nivel socioeconómico bajo, ya que en este se consumen alimentos con alto contenido calórico, no se siguen dictados de moda y no se realiza ejercicio físico, aunque cabe destacar que estas consideraciones se están haciendo extensibles a todos los niveles socioeconómicos. Rissanen y cols. (1991) mencionan, que el nivel de educación y el número de hijos son factores relacionados con la obesidad, ya que no se tiene acceso a recursos educativos y los hijos no permiten que los padres, especialmente la madre cuide su aspecto personal y su alimentación, (Moreno et al.) Goldman (1994) considera, que la influencia familiar participa en la aparición de la obesidad, ya que los padres emplean el alimento como una forma de manifestar amor y cariño hacia los hijos así que éstos más tarde utilizaran el alimento como una forma de satisfacer sus necesidades afectivas. Moreno (1998), afirma que el ritmo de vida que se lleva a cabo en las sociedades modernas hace que cualquier persona sea más propensa a padecer obesidad, ya que el comer inadecuadamente y no realizar ejercicio físico se convierte en las características principales para el origen de este trastorno.

De acuerdo al modelo psicoanalítico, conductual y social de la obesidad, en las similitudes se pudo observar que la alimentación excesiva es causada por la influencia de factores ambientales externos en los cuales participa la familia, la sociedad y el estilo de vida de la persona obesa, así que el placer que se obtiene al ingerir alimento es aprendido, ya que las sensaciones displacenteras experimentadas son percibidas como

castigos que provoca que las personas recurran al alimento como una forma de tranquilizarlas, ya que este es percibido como un premio.

Con respecto a las diferencias de los modelos, se puede decir, que el modelo psicoanalítico se centra en las necesidades afectivas que tienen las personas desde la infancia y las cuales son satisfechas por personas cercanas a ellas a través de la comida; el modelo conductual indica que la obesidad es generada por el enfrentamiento con situaciones estresantes y con los fracasos vividos en el intento de perder peso, lo cual las lleva a permanecer en dicho trastorno, y el modelo social considera como el factor más importante para el origen y el mantenimiento de la obesidad el estilo de vida que raramente incluye una buena alimentación y la realización de ejercicio.

La obesidad no solamente predispone alteraciones fisiológicas sino también puede provocar consecuencias sociales y emocionales devastadoras, así, dicho trastorno predispone a condiciones debilitantes como anomalías físicas originadas por el sobrepeso, la baja autoestima causada por el estrés vivido, la sobrevaloración a la autoimagen, las condiciones económicas inestables y la influencia familiar que le atribuye un significado mayor a la comida.

ALTERACIONES FÍSICAS

Las alteraciones físicas originadas por la obesidad pueden poner en riesgo la vida de las personas y con esto no nada más nace el interés por bajar de peso debido a la necesidad de tener una figura esbelta sino también por cuestiones de salud. Así, las enfermedades que se pueden presentar son:

- 1) Hiperlipidemias. Los sujetos obesos presentan concentraciones más elevadas de lípidos en la sangre, además tienen valores de colesterol, triglicéridos y ácidos grasos libres más elevados que los no obesos, (Saldaña y Rossell, 1988.)

- 2) Hiperuricemia. Los niveles plasmáticos de ácido úrico elevados son relativamente frecuentes entre la población obesa. Se supone que una ingesta aumentada, común en los obesos, aporta una mayor cantidad de purinas y contribuye a un incremento de producción de ácido úrico resultante del metabolismo de éstas, (Saldaña y Rossell, 1988.)
- 3) Alteraciones tiroideas. Como el hipotiroidismo y el bocio, (Turón, 1997.)
- 4) Hepatopatía. La afectación hepática es un hecho relativamente frecuente en los grandes obesos, especialmente varones. Las alteraciones que se registran van desde el hígado graso sin alteraciones bioquímicas detectables, hasta la cirrosis, (Saldaña y Rossell, 1988.)
- 5) Afecciones del aparato locomotor. La obesidad se asocia, frecuentemente a trastornos del aparato locomotor, sin que haya podido demostrarse un papel causal de la misma en estos trastornos, (D' Anglejan, 1976, citado en Saldaña y Rossell, 1988.)
- 6) Alteraciones ortopédicas. En el lumbago, agravación de la artritis ósea, sobre todo de las rodillas y tobillos y a menudo enormes callos en pies y talones, (Kaplan y Sadock, 1992.)
- 7) Litiasis biliar. En mujeres con un sobrepeso superior al 100% del peso ideal, la incidencia de cálculos biliares es menor que en los hombres con un peso moderado. La causa de esta elevada incidencia de litiasis biliar se ha atribuido a una mayor capacidad litogénica de la bilis de los obesos por el hecho de que el contenido de colesterol de la misma está aumentado, (Saldaña y Rossell, 1988.)

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Las diversas anomalías psicológicas que se presentan al padecer obesidad están relacionadas principalmente con el sentimiento de ser diferente, desagradable y grotesco para los demás, por lo tanto, se pueden presentar en las personas obesas problemas de baja autoestima, autodesprecio, y desvalorización.

Debido a este trastorno que padecen las personas obesas pueden sufrir alteraciones emocionales. Kaplan y Sadock (1992) manifiestan, tres aspectos correlacionales entre la obesidad y la labilidad emocional como:

- 1) Exceso de comida.- las personas obesas pueden manifestar pautas de ingesta de alimento anormales y estereotipadas. Su conducta desadaptativa puede estar caracterizada por episodios de comida voraz y seguida de un estado de ánimo deprimido y de ideas de autodesprecio que los lleva a tener una conducta de malestar con ellos mismos. También se presenta el síndrome de comida nocturna, el cual puede ser precipitado por circunstancias vitales estresantes que puede persistir hasta que se alivia el estrés.
- 2) Desprecio de la imagen corporal.- las personas con alteración emocional sienten que su cuerpo es grotesco y detestable y que los demás los contemplan con hostilidad y desprecio. Este sentimiento está estrechamente asociado a la preocupación por uno mismo y al deterioro del funcionamiento social. Cabe mencionar que este desprecio a su imagen solo está presente en aquellas personas que han sufrido la obesidad desde la niñez o que empezó en la juventud.

- 3) Complicaciones de la dieta.- las alteraciones emocionales durante los regímenes de dieta de las personas obesas pueden surgir a causa del hambre, de este modo pueden desarrollar ansiedad y depresión leve. (p.1129.)

Es así como las personas obesas tienen conductas desadaptativas con respecto a la comida y pueden experimentar diversos síntomas relacionados con los cambios emocionales que se presentan con respecto a su imagen corporal. Pueden tener sensaciones de ansiedad, miedo, soledad, aburrimiento o ira causadas por diferentes factores ambientales principalmente por el rechazo de la sociedad hacia personas obesas.

Saucedo (1996) considera, que las personas obesas son débiles de carácter de tal manera que se les hace sentir responsables de su problema y creen tener la culpa de ser como son, y por medio de la burla y el desprecio son llevadas a aceptar esa actitud con respecto a ellas mismas como una conducta justa. También considera que las personas obesas son objeto de reproches provenientes de progenitores y la pareja por tener figura de gordo, por lo tanto, están encerrados en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio. Es así, como corren el riesgo de quedar atrapados en un sistema que los castiga por ser obesos y esto hace que aumente la probabilidad de que continúen siéndolo.

Por tal motivo, Stunkard y Burt (1967); Bruch (1980), y Collip (1980) consideran, que las personas obesas al sentir que sus cuerpos son grotescos y que los demás les miran con hostilidad provoca que su personalidad se caracteriza por ser más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja autoestima y con un concepto distorsionado de su imagen corporal, ya que no son capaces de mantener y lograr un peso más adecuado a sus valores estéticos vigentes; por este motivo las personas obesas que se dan

atracones tienden a hacerlo en solitario y la soledad favorece la pérdida del control de los impulsos y por tanto el comer en exceso o con voracidad, (Saldaña y Rossell, 1988.) Lo cual puede estar relacionado con la actitud que tenga la persona frente a su cuerpo, la impulsividad como un rasgo temperamental y la relación que el sujeto aprende desde pequeño a tener con la comida.

ALTERACIONES SOCIALES

Por otro lado, las anomalías a nivel social en la obesidad se relacionan con el rechazo social que las personas obesas sufren debido a los prejuicios, a los cuales son sometidas desde edades muy tempranas y que evidencian la estigmatización de la gordura.

De este modo, con todos los acontecimientos sufridos durante la infancia y en la vida adulta no es sorprendente saber, como lo señala Brownell en 1982, que el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece. (Saldaña y Rossell, 1988.) Los obesos son etiquetados con términos que implican responsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.) y por esto muchas veces son rechazados en algunos empleos ya que su obesidad está relacionada con incapacidad. La atribución social de responsabilidad del obeso por su obesidad forma parte de las razones del rechazo, ya que estas personas son responsables de su defecto. Por lo tanto, si la obesidad se concibe como una enfermedad o la persona obesa demuestra su voluntad de corregirla, entonces resulta más fácil ser aceptada, ya que está tratando de cumplir con las reglas estéticas corporales establecidas.

Stake y Lauer (1987) opinan, que la presión social contra el sobrepeso se ejerce de forma mucho más acentuada sobre las mujeres que sobre los varones, además experimentan de modo muy especial la presión a favor de la delgadez. Comparadas con varones de peso excesivo o normal, las mujeres con sobrepeso tienen menos citas, experimentan menos satisfacción en sus relaciones con el otro sexo y son más criticadas por sus compañeros y compañeras, (Toro, 1999.)

Toro (1999) considera, a la sobrevaloración positiva por la delgadez como un valor cultural plenamente arraigado y difundido, que es asumida por las personas. Así, las personas que valoran positivamente papeles y funciones no tradicionales, que son emprendedoras social y laboralmente activas, también son las que prefieren un cuerpo delgado y las personas no atractivas suelen encontrar ambientes sociales que oscilan entre la indiferencia y el rechazo, desalentando el desarrollo de habilidades sociales y de un autoconcepto positivo. Es así como la obesidad es considerada como un problema social y psicológico, ya que produce una carga emocional y sufrimiento. Ser obeso constituye un auténtico estigma social, ya que el rechazo se origina a la persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente.

Como se puede observar, la obesidad es la causa principal de que las personas formen hábitos alimenticios y un estilo de vida sedentario y lleno de estrés en donde la persona al enfocar sus pensamientos en las diversas actividades que realiza cotidianamente se olvida por ejemplo, de realizar ejercicio y de llevar una buena alimentación que incluya comer en horarios fijos y no a deshora, lo cual conlleva a que existe un rechazo social debido a su aspecto corporal, ya que su apariencia es percibida como desagradable, por lo tanto este tipo de personas son observadas como sujetos que poseen un modelo estético que no les ayudará o que les pondrán obstáculos para alcanzar sus metas. De

este modo, se reconoce que la obesidad es un trastorno en el cual interactúan los niveles físico, psicológico y social que hacen que ésta prevalezca en las personas por un largo tiempo.

SOBREALIMENTACIÓN COMPULSIVA

Según Williamson, Davis, Duchman y cols. (1990), la sobreingesta compulsiva podría ser definida a los siguientes criterios: (Saldaña, 1994.)

- 1) Episodios recurrentes secretos de voracidad (atracones.)
- 2) Consumo de alimentos con alto contenido calórico durante un atracón.
- 3) Esfuerzos repetidos de seguir una dieta y frecuentes fluctuaciones de peso.
- 4) Reconocimiento de que los hábitos alimentarios son anormales y están fuera de control.
- 5) Afecto negativo antes y/o después de un episodio de voracidad. Es decir, la persona experimenta sentimientos de odio y repulsión como consecuencia del deseo que tiene de realizar un acto de voracidad así como cuando ya lo realizó.
- 6) Ausencia de métodos extremos para perder peso por ejemplo, purgarse.
- 7) Ausencia del temor exagerado a ganar peso.

Palma (1997) manifiesta que “la sobrealimentación compulsiva se caracteriza por una obsesión por la comida y por comenzar dietas que se rompen en poco tiempo; las personas se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y se obsesionan por el peso, características que no se presentan en otras formas de obesidad” (p.28.)

Tannenhaus (1999) menciona, que la sobrealimentación compulsiva es un trastorno que representa una relación anormal y contraproducente con la comida. Las personas que

realizan una ingesta compulsiva comen cuando no están hambrientas, cuando están felices, cuando están tristes, cuando están enojadas, solas, cansadas, deprimidas, excitadas, alegres o cuando son esclavas de cualquier otro sentimiento; es decir, su ingesta escapa a su control o bien ejerce sobre ellas un control limitado.

Mediante dichas definiciones, se puede decir que la sobrealimentación compulsiva es un trastorno en el que su característica principal es la ingestión frecuente de cantidades grandes de comida ante cualquier situación a la que se enfrente la persona, las cuales poseen un alto contenido calórico, lo que puede provocar en la persona un aumento de peso que la llevará a realizar dietas que más tarde se interrumpirán como un medio de aliviar la culpa generada por la ingestión.

Saldaña (1994) menciona, que este tipo de trastorno lo padecen sujetos:

- 1) **Restrictivos**, que realizan dietas aún cuando su peso no determina la necesidad de seguirlas.
- 2) **No restrictivos**, los cuales no están preocupados por su peso, por lo tanto, comen frecuentemente respondiendo a señales fisiológicas de hambre y saciedad.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

De acuerdo a la perspectiva psicoanalítica planteada por Tannenhaus (1999), las razones que llevan a las personas a realizar una ingesta compulsiva son:

- 1) Tener problemas para distinguir el hambre de otras sensaciones. No saben cuando están hambrientas, y por lo tanto, comen en respuesta a señales que no tienen relación con las necesidades de su cuerpo.

- 2) Ciertos hábitos que comienzan en la infancia. Muchos padres alimentan a un bebé cuando llora, incluso si llora por otra razón que no tiene nada que ver con la comida. De esta manera, el bebé se acostumbra a ser alimentado en respuesta a cualquier sentimiento o acontecimiento doloroso, y este hábito persiste en la juventud.
- 3) Pueden utilizar la comida para consolarse. Las comidas de (consuelo) sirven porque recuerdan épocas de la infancia, cuando todas las necesidades eran satisfechas cuidaban de las personas y el mundo era seguro. Además los padres pueden utilizar ciertas comidas para consolar a los hijos durante momentos de dolor. Así, muchas personas llegan a la juventud asociando ciertas comidas y quizá el acto de comer en general, con un sentimiento de seguridad y protección.

En este modelo, de acuerdo con Tannenhaus (1999), existe en el individuo un recuerdo inconsciente placentero de la infancia, el cual provoca que la persona asocie estos para llevar a cabo conductas alimentarias que son gratificantes y al mismo tiempo ayudan a sobrellevar las diferentes situaciones a las que se enfrenta, ya sean éstas agradables o desagradables. El sentirse bien se da a partir de llenar ese vacío emocional creado desde los primeros estadios.

ENFOQUE CONDUCTUAL

Por su parte, el modelo conductual se centra en las conductas que realizan las personas con sobrealimentación compulsiva, ya que éstas llevan a cabo periodos de ingesta abundante y rápida de comida provocados por impulsos que impiden que las personas tengan un control de dicha ingesta, por lo tanto, sus conductas están relacionadas con la forma de comer descontrolada que es percibida como un premio por experimentar emociones agradables o desagradables y los métodos que se utilizan para la reducción

de peso como las dietas pudiéndose ver éstas como un castigo por haber comido demasiado.

Saldaña (1994) manifiesta, que al realizar dietas los sujetos desinhiben su conducta alimentaria en una variedad de situaciones como estados emocionales, depresión o cuando interrumpen una dieta. La restricción alimentaria continua lleva a una privación biológica de energía, a experimentar hambre y a la sensación de urgencia de consumir alimentos, por lo cual se observa que este tipo de sujetos, abandonan las restricciones alimentarias y comen más que los sujetos no restrictivos.

Los ciclos repetidos de restricción alimentaria–sobreingesta se dan después de una fase de restricción alimentaria, ya que el sujeto tiene una disminución de energía vital experimentando hambre y apareciendo la necesidad de comer. Cuando hay un ataque de sobreingesta la ansiedad disminuye, el estado de ánimo mejora y desaparece la sensación de hambre, la cual es una consecuencia positiva a corto plazo. Reconociendo aquí el sujeto que su patrón alimentario es inadecuado por lo tanto, siente culpa por la falta de control por la conducta de la ingesta y surge una preocupación por ganar peso que es la consecuencia negativa. Todo este proceso lleva al sujeto a restringir sus alimentos siguiendo otra vez una dieta disminuyendo con ella su culpabilidad, (Saldaña, 1994.)

Knight y Boland (1989) consideran, que la sensación percibida por parte de las personas, del consumo de alimento prohibido, en lugar de la percepción del valor calórico del alimento es el factor determinante en la desinhibición alimentaria. Estos mismos autores proponen una dieta límite para las personas que realizan dietas, dicho límite podría ser como la barrera entre alimentos percibidos como permitidos y alimentos percibidos como prohibidos. Esto es, la persona permanece dentro de los límites de la

dieta mientras que consume sólo alimentos permitidos. Una vez que ha consumido un alimento prohibido, el límite de la dieta ha sido traspasado y ya no regula el consumo de los alimentos. Dado que pocos alimentos están dentro de los límites de las dietas que llevan a cabo las personas con sobrealimentación, las probabilidades de pasar estos límites son mayores, (Saldaña, 1994.)

En el modelo conductual, Knight, Boland (1989) y Saldaña (1994) opinan, que en este trastorno se siguen conductas parecidas en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, pero cabe mencionar que en la sobrealimentación compulsiva no se siguen pautas de comportamientos en extremo por lo tanto, existe con mucha frecuencia el rompimiento de una dieta debido a la falta de control para realizarla, ya que una vez que se ha rebasado el límite de la dieta la persona no puede evitar consumir todos aquellos alimentos que son prohibidos, sin embargo, esta conducta ayudará a calmar los sentimientos y emociones experimentados en ese momento aunque más tarde se sientan culpables por realizar dicha conducta.

ENFOQUE SOCIAL

Considerando al modelo social, se puede decir que el origen de la sobrealimentación compulsiva surge como una forma de sobrellevar todas las situaciones a las que se enfrentan las personas como seres sociales.

Finalmente, con respecto a las similitudes encontradas en los modelos psicoanalítico, conductual y social se puede destacar que el origen de la sobrealimentación compulsiva se debe al alto valor que se le atribuye al alimento, el cual es visto como un medio para hacer frente a situaciones estresantes, ya que desde la infancia se aprende a que por medio de este se pueden satisfacer sentimientos displacenteros y frustraciones a las

que se enfrentan las personas como seres sociales, por lo cual este tipo de personas con frecuencia cae en excesos alimentarios.

Las diferencias que existen entre estos modelos con respecto a la sobrealimentación compulsiva son que el psicoanalítico explica la causa que origina dicho trastorno es que en la infancia se sustituyen las situaciones displacenteras con el alimento dándole a este un significado emocional y afectivo; el modelo conductual menciona que la ingestión desmedida de alimento se convierte en un medio para enfrentar situaciones estresantes, el cual fue aprendido desde la infancia, y el modelo social se relaciona con la forma en como reaccionan las personas ante las experiencias sociales vividas.

Al igual que los trastornos alimentarios mencionados anteriormente, la sobrealimentación compulsiva lleva a las personas a padecer una serie de anomalías físicas, psicológicas y sociales que están relacionadas con la realización de dietas frecuentes, la baja autoestima, la ansiedad, el autodesprecio y la soledad.

ALTERACIONES FÍSICAS

Con respecto a las anomalías físicas el padecer sobrealimentación compulsiva provoca que las personas presenten fluctuaciones de peso frecuentes debido a las dietas rotantes que realizan, las cuales consisten en una variación de las calorías en donde se alternan periodos de dieta hipocalórica con periodos de mayor consumo energético, también a causa de las dietas puede presentarse cefaleas, episodios de náuseas e incluso vómitos, los cuales mejoran o desaparecen conforme el cuerpo se va acostumbrando a estas dietas, (Turón, 1997.)

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Los problemas psicológicos que presentan las personas que padecen sobrealimentación compulsiva de acuerdo con Prather y Williamson (1988), son síntomas de depresión, ansiedad y obsesividad, (Saldaña, 1994.)

La baja autoestima parece ser un factor común entre las personas que comen de manera compulsiva. Muchos expertos creen que la baja autoestima es un elemento central del problema; por lo tanto, si alguien tiene sobrepeso y se atraca padece no sólo de una pobre autoestima sino de escasas habilidades para resolver problemas y de deficiencias para manejar el estrés y las relaciones personales. Las personas que no se atracan pero comen de manera compulsiva carecen de autoestima y de capacidad para calmarse cuando sienten angustia o miedo.

Las personas que realizan una ingesta compulsiva comen y luego se odian por ello, aunque no todas las personas comen igual, ya que unas comen con mayor frecuencia o comen en mayor cantidad, esto es independiente de la sensación de hambre que puedan sentir, ya que algunas personas comen antes o después de un acontecimiento estresante, esto es que las personas comen por estrés. El comer de esta manera causa en las personas un ciclo viciado de más estrés, que conduce a más ingesta de comida y ésta a su vez conduce a más estrés y así sucesivamente de manera que la persona centra su mente y energía en abstenerse de comer y no en los problemas que provocan su estrés; pero algunos terapeutas piensan que la ingesta compulsiva distrae la mente de los problemas reales.

ALTERACIONES SOCIALES

Las anomalías a nivel social en la sobrealimentación compulsiva pueden estar relacionadas con el aislamiento que tienen las personas con su entorno con el fin de evitar que los demás vean las cantidades de alimento que ingieren durante periodos de tiempo muy cortos. Además sus relaciones personales pueden verse afectadas, ya que pueden tener problemas para demostrar sus sentimientos y emociones a los demás y estos pueden trasladarse a la comida como un medio de reducir la ansiedad que ciertas situaciones les provoca.

Con todo esto, se puede decir que las personas que presentan sobrealimentación compulsiva son de todas las figuras y pesos corporales y comen por un sinnúmero de razones, en donde algunas se atracan y otras no. Así, lo que es importante rescatar es que la mayoría de estas personas parecen compartir características relacionadas con la falta de autoestima, seguir dietas estrictas y fluctuaciones de peso.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICOS

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno antes mencionado como:

- 1) En mujeres cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero con menstruaciones regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra

dentro de los límites de la normalidad de acuerdo a su estatura y peso. Es decir, aplicando la fórmula del índice de masa corporal se debe obtener un IMC de 19 a 22.9 para el tipo de peso normal, (Poblano y Trigueros, 2000.)

- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses. En los diagnósticos de la bulimia nerviosa se deben presentar los atracones dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) Empleo regular de conducta compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- 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.

Según Tennenhaus (1999), los trastornos de la conducta alimentaria no específicos son trastornos en los cuales alguien tiene una relación alterada con la comida, pero no reúne los criterios de diagnóstico escritos para la anorexia o la bulimia.

De este modo, los trastornos de la conducta alimentaria no específicos han sido considerados para poder ubicar ciertas alteraciones relacionadas con la comida, pero que se presentan con menos frecuencia y en donde las conductas compensatorias inapropiadas son utilizadas, aunque las cantidades de comida ingeridas no sean abundantes como es en el caso de los demás trastornos. Así que, cuando no se cumplan todos los criterios diagnósticos para otros trastornos se puede considerar que posiblemente se está padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria no específico.

DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dentro de la Psicología Clínica, es común utilizar términos como diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La aplicación de los criterios, tiene como objetivo identificar el síndrome en función de una determinada enfermedad o etiología. Al hacer un diagnóstico significa entender la enfermedad, relacionar los diferentes síntomas y signos como aspectos del enfermo integrando en un todo significativo o un síndrome. De esta manera, también se logra aplicar en cada caso particular, todos los conocimientos de que se dispone relacionados con la enfermedad o desorden particular. Así, los criterios diagnósticos son siempre muy importantes para poder hacer una distinción entre síntomas y signos que componen el síndrome con el fin de conocer su origen, evolución y pronóstico de tratamiento adecuado de una psicopatología, (Garfield, 1994.)

Al estudiar al ser humano se hace desde la perspectiva bio-psico-social, es importante conocer cada una de estas esferas que integran a un individuo del cual su desarrollo está sujeto a influencias relacionadas con características específicas con las que nace, más los efectos de las experiencias que tiene así como el estilo de vida que va adquiriendo, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Cada una de estas esferas contiene aspectos que forman la integración de un individuo como un ser humano; de este modo, la esfera biológica esta relacionada con el desarrollo físico que incluye cambios corporales, cerebrales, de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices, los cuales influyen en el intelecto y la personalidad. La esfera psicológica incluye los cambios que se esperan en las facultades mentales como el aprendizaje, la memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje que ayudan al individuo en la interacción con la familia, en sus relaciones

interpersonales, el manejo de pérdidas, autoconcepto, habilidades, adaptación y afectividad, los cuales también están ligados al desarrollo físico y emocional. Y la esfera social, que incluye el desarrollo social del individuo cuando se relaciona con los demás y su estabilidad familiar, tipo de educación, nivel económico, tipo de habitación, condiciones de salud y valores sociales y religiosos, los cuales están relacionados con los aspectos físicos y psicológicos del funcionamiento humano.

Debido a que estas esferas están en constante interacción, las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales son el resultado de fuerzas complejas biológicas, psicológicas y sociales, y son expresiones de una crisis en el proceso adaptativo que darán lugar a anomalías que desembocan en alteraciones o trastornos en el pensamiento, los sentimientos y la conducta como es el caso del origen de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el **Cuadro 1**, se analizan los síntomas físicos de los trastornos de la conducta alimentaria; la sobrealimentación compulsiva presenta similitudes con la obesidad en cuanto a esfuerzos repetidos por seguir dietas y la utilización de la comida como un consuelo.

Pero al igual que encontramos sintomatología similar entre los mismos trastornos de la conducta alimentaria, se determinan síntomas particulares en cada uno de estos, por ejemplo en la anorexia nerviosa la disminución de la ingesta calórica comporta más actividad física, patología de mecanismos que regulan la ingesta, alterados por la desnutrición, ideas de que al realizar ejercicio constantemente hay un mayor gasto calórico, no se come nada como una forma de mantener viva la dimensión del deseo de la delgadez y el rechazo del alimento es mantenido por un reforzamiento positivo.

CUADRO 1. SÍNTOMAS FÍSICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	OBESIDAD	SOBREALIMENTACION COMPULSIVA	T. C. A. NO ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • La disminución de la ingesta calórica comporta más actividad física, (Toro y Vilardell, 1989.) • Patología de los mecanismos que regulan la ingesta, alterado por la desnutrición. • Ideas de que al realizar ejercicio constantemente hay un mayor gasto calórico, (García, 1993.) • No se come nada como una forma de mantener viva la dimensión del deseo de la delgadez, (Lacan.) • El rechazo del alimento es mantenido por un reforzamiento positivo, (Polivy y Herman, 1995.) • Restricción alimentaria causada por estrés o ayuno involuntario, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) 	<ul style="list-style-type: none"> • El vómito es percibido como la reducción de culpa provocada por un atracón. • Deseo de no ser visto cuando se realizan los atracones o las conductas compensatorias inapropiadas, (Fenichel, 2000.) • El vómito y la purga son originados por la culpa por comer demasiado, (Poblano y Trigueros, 2000.) • El vómito y purgas disminuyen la ansiedad, (Rosen y Leitemberg, 1982 citado en Szmukler, Dare y Treasure, 1995.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones para seguir una dieta, (Kaplan y Sadock, 1992.) • Las personas exteriorizan que no pueden parar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos repetidos por seguir dietas, (Palma, 1997; Williamson, Davis, Duchman y cols., 1990.) • Utilización de comida como un consuelo, (Tannenhaus, 1999.) • La restricción alimentaria lleva a los atracones, (Saldaña, 1994.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal, (DSM-IV, 1996.)

En la bulimia nerviosa, se presentan el vómito y la purga que disminuyen la ansiedad. En la obesidad tienden a externar que no pueden parar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. En la sobrealimentación compulsiva, la restricción alimentaria lleva a los atracones. Por último, en los trastornos no específicos se emplean regularmente conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

Analizando el **Cuadro 2** se observan los síntomas psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos no específicos se manifiesta la fobia a la obesidad, alteraciones cognitivas, deificación de la delgadez, autoevaluación influida por el peso y silueta corporales, tristeza y restricción alimentaria. En la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y trastornos no específicos se presenta la distorsión de la imagen corporal. Entre la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sobrealimentación compulsiva existe una obsesión por el peso, ansiedad, cuadro obsesivo-compulsivo, y utilización de vómitos. La anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y sobrealimentación compulsiva presentan baja autoestima, depresión y realización de dietas. En la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad se manifiestan sentimientos de menosprecio y soledad. En la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobrealimentación y trastornos no específicos se presenta una relación alterada con la comida. En la bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos se presenta la ingesta excesiva de alimentos y se come cuando se es presa de cualquier sentimiento. Finalmente, en la bulimia nerviosa y los trastornos no específicos se presentan las conductas compensatorias inapropiadas.

Los síntomas psicológicos diferenciales que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia nerviosa, presenta pensamientos supersticiosos

relacionados con el peso y figura, negativa a mantener un peso corporal normal mínimo, búsqueda de la delgadez como medio para conservar autonomía y autocontrol, dependiente y obediente, falta anormal de ganas de comer, decisión voluntaria de adelgazar, insatisfacción corporal con respecto a las metas, necesidad de alcanzar metas muy elevadas relacionadas con la delgadez, el asco sentido a una persona desagradable es transferido a la comida, respuesta de evitación fóbica al alimento, el alimento tiene un valor simbólico como medio para obtener identidad y establecer control en la vida, síntoma histérico que expresa el temor a un embarazo, rehusar alimentarse es el equivalente de afecto en una depresión, ideas de que la esbeltez significa autodisciplina, liberación sexual, competencia, control y acercamiento con clases sociales, ideas de que la delgadez ayuda a tener identidad personal y éxito social, observación constante en el espejo, colección de recetas, preparación de platillos para la familia, manipulación de alimentos, evitación de alimentos que engordan y conducta superficial desafiante de manera obstinada e independiente.

Los síntomas psicológicos diferenciales de la bulimia nerviosa son: autoestima ligada a la imagen corporal, sensación de descontrol, negación de consumir alimento por la creencia de no merecerlo, preocupación por la autoimposición irreal del empleo de dietas estrictas, miedo a ser descubierto por los demás, represión de sentimientos, concentración deficiente debido a la frecuencia y con el tipo de alimento que ingieren, obsesión con fracasos personales, necesidad de aprobación y dependencia, al eliminar o ignorar alimento se refleja el cumplimiento de las necesidades de objeto, la gordura es vista como un fracaso y la comida como un sustituto de afecto, malestar ante la propia imagen, imitación de la moda de la delgadez, problemas para controlar la manera de comer, ingestión rápida y voraz en periodos cortos de tiempo, presencia de atracones al

CUADRO 2. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	OBESIDAD	SOBREALIMENTACION COMPULSIVA	T. C. A. NO ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos supersticiosos relacionados con el peso y figura, (Bruch, 1962; Toro y Vilardell, 1989.) • Alteraciones cognitivas. (Garner y Bermis, 1982; Ortiz, 2002; Toro y Vilardell, 1989.) • Fobia a la obesidad, (DSM-IV, 1996; García, 1993; Rundell y Wise, 2001; Toro y Vilardell, 1989.) • Distorsión de la imagen corporal, (Bruch, 1962; citado en Toro y Vilardell, 1989; Martínez Fornés 1995; CIE-10, 1993; DSM-IV, 1996; Rundell y Wise, 2001; Ortiz, 2002.) • Negativa a mantener un peso corporal normal mínimo, (DSM-IV, 1996; Rundell y Wise, 2001.) • Búsqueda de la delgadez como medio para conservar autonomía y autocontrol. • Delficación a la delgadez. (García, 1993; Goldman, 1994.) • Características de personalidad: autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agrada a los demás, (Braguinsky y cols., 1996.) • Personalidad obsesiva, dependiente y obediente, (Palma, 1997.) • Falta anormal de ganas de comer, (Martínez Fornés, 1995.) • Decisión voluntaria de adelgazar. • Insatisfacción corporal con respecto a las metas. • Necesidad de alcanzar metas muy elevadas relacionadas con la delgadez, (Toro, 1999.) • El asco sentido a una persona desagradable es transferido a la comida, (Freud, 1893 citado en Poblano y Trigueros, 2000.) • Alteración en la imagen corporal, trastornos de la percepción y un sentido de ineficacia, (Bruch, 1962 citado en Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) • Respuesta de evitación fóbica al alimento, (Crisp, 1967 citado en 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima y depresión. • Perfeccionismo, (French 1999; Sherman y Thompson, 1999) • Auto percepción de estar obeso, (CIE-10, 1993) • Autoevaluación influida por peso y silueta corporales, (DSM-IV, 1996.) • Temor a engordar • Autoestima ligada a la imagen corporal, (Braguinsky y cols, 1996.) • Sensación de vergüenza, humillación y depresión, (Turón, 1997.) • Sensación de descontrol, (Moreno, Monereo y Álvarez, 1998.) • Niveles elevados de ansiedad. • Baja tolerancia a la frustración. • Negación de consumir alimento por la creencia de no merecerlo. • Preocupación de la autoimposición irreal del empleo de dietas estrictas. • Miedo a ser descubierto por los demás. • Represión de sentimientos. • Estrés emocional. • Estilo compulsivo caracterizado por perfeccionismo y rigidez, (Sherman y Thompson, 1999) • Sentimientos de aislamiento, soledad y estrés. (French, 1999.) • Concentración deficiente debido a la frecuencia y con el tipo de alimento que ingieren. • Obsesión con fracasos personales. • Necesidad de aprobación y dependencia. • Personas pasivas, carentes de asertividad y sumisas. • Oscilación del estado de ánimo que incluye ansiedad, tristeza, cólera y aburrimiento, (French, 1999.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidad vergonzosa, pasivos, tímidos, temerosos con baja autoestima y concepto distorsionado de la imagen corporal, (Bruch, 1980; Collip, 1980; Stunkard y Burt, 1967 citados en Saldaña y Rossell, 1988.) • Sentimientos de soledad y poca capacidad para enfrentarlos, (Perpiña, 1989; Saucedo, 1996) • Sentimientos de menosprecio dirigidos hacia ellos, (Garner, 1998; Toro, 1999.) • Desprecio de su propia imagen corporal, (Perpiña, 1989; Kaplan y Sadock, 1992.) • Presencia de una alteración emocional, (Kaplan y Sadock, 1992, Toro, 1999.) • Irresponsabilidad, inmadurez, fealdad y deshonestidad, (Perpiña, 1989 citado en Saucedo 1996.) • Debilidad de carácter, (Garner, 1998.) • La comida satisface necesidades y disminuye la angustia y frustración, (Bruch, 1957 citado en Sánchez y Mojica, 1998.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, ansiedad y obsesividad, (Prather y Williamson, 1988 citados en Saldaña, 1994.) • Reconocimiento de que los hábitos alimentarios son anormales. • Afecto negativo antes y después de un episodio de voracidad. • Ausencia del temor exagerado a ganar peso, (Williamson, Davis, Duchman y cols, 1990 citados en Saldaña, 1994.) • Baja autoestima. • Estrés. • Problemas para demostrar sentimientos y emociones a los demás. • Las dietas ayudan a desinhibir la conducta alimentaria en varias situaciones como en la depresión y estados emocionales, (Saldaña, 1994) • Obsesión por el peso, (Palma, 1997.) • Problemas para distinguir el hambre de otras sensaciones, (Tannenhaus, 1999.) • Las personas que realizan dietas ingieren alimentos prohibidos frecuentemente, (Knight y Boland, 1989.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación alterada con la comida, (Tannenhaus, 1999.) • Fobia a la obesidad. • Distorsión de la imagen corporal • Autoevaluación influida por peso y silueta corporales. • Atracones y conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses. • Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada, (DSM-IV, 1996.)

menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, interrupción de dietas que conducen a un atracón, comer en exceso independientemente del hambre que se tenga, la dieta severa desencadena atracones alimentarios y el atracón precipita la conducta de vómito.

En la obesidad, se manifiestan las siguientes características diferenciales en los sujetos: irresponsabilidad, inmadurez, fealdad, deshonestidad, debilidad de carácter, el exceso de peso provoca soledad que ayuda a evitar ser humillado, sentimientos de rechazo con carga emocional y sufrimiento y sentimientos de culpabilidad y frustración. Las características diferenciales de la sobrealimentación compulsiva son: el reconocimiento de que los hábitos alimentarios son anormales, ausencia del temor exagerado a ganar peso, problemas para demostrar sentimientos y emociones a los demás, ausencia de métodos extremos para perder peso y episodios de náuseas o vómitos. Finalmente las características diferenciales de los trastornos no específicos son que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana durante menos de tres meses. Analizando los signos físicos las similitudes encontradas entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son: realización de ejercicio físico extremo, amenorrea, arritmias cardíacas, estreñimiento, edemas, y anemias.

En la bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos se manifiesta la interrupción de dietas por atracones. Por último, en la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad se presenta la osteoporosis. (Ver Cuadro 3.)

Con relación a las diferencias de los signos físicos de la anorexia nerviosa se encuentran: pérdida significativa de peso superior al 15% con relación al peso normal,

CUADRO 2. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Continuación)

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	OBESIDAD	SOBREALIMENTACION COMPULSIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Fobia a la comida, (Brady y Rieger, 1972 citado en Kaplan y Sadock, 1992.) • El alimento tiene un valor simbólico como medio para obtener una identidad y establecer control en sus vidas, (Bruch, 1973 citado en Poblano y Trigueros 2000.) • Preocupación por el alimento, por la imagen corporal con tendencia a la delgadez, miedo a engordar, negación de la enfermedad y desinterés heterosexual. (Garner, Garfinkel y Goldberg, citados en Toro y Vilardell, 1989.) • Síntomas depresivos como: tristeza, crisis de llanto, trastornos del sueño, baja autoestima, dificultad para concentrarse, irritabilidad y reducción de intereses. • Ansiedad provocada por el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, baja autoestima, presión familiar, conflictos interpersonales, temor a enfermar y morir, percepción de ser diferente y deterioro físico progresivo. (Toro y Vilardell, 1989.) • Cuadro obsesivo compulsivo en conductas relacionadas con la comida, (Toro y Vilardell, 1989.) • Síntoma histérico que expresa el temor a un embarazo. • Rehuser alimentarse es el equivalente de afecto en una depresión, (Fenichel, 2000.) • Ideas de que la esbeltez significa autodisciplina, liberación sexual, competencia, control y acercamiento con clases sociales altas, (Pate, Pumariega, Hester y Garner, 1992.) • Ideas de que la delgadez ayuda a tener identidad personal y éxito social, (García-Camba, 2002.) • Observación constante en el espejo, colección de recetas, preparación de platillo para la familia y manipulación de alimentos, (García, 1993.) • Evitación de alimentos que engordan, (CIE-10, 1993.) • Realización de dietas con la intención de ser atractivos y conseguir competencia profesional, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) • Reducción de la ingesta • Utilización de vómito como forma de regular la ingesta desequilibrada. • Conducta superficial, desafiante de manera obstinada e independiente, (Goldman, 1994.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones cognitivas, (David Burns, citado en Sherman y Thompson, 1999.) • Las personas acuden a la comida con el fin de satisfacer sus necesidades de relación de objeto, (Kohut, 1971, Gelst, 1989, citados en Ortiz, 2002.) • Al eliminar o ignorar alimento refleja el cumplimiento de las necesidades de objeto, (Kohut, 1971, citado en Ortiz, 2002.) • Imagen negativa de si mismo y de no ser deseado. • La gordura es vista como un fracaso y la comida es vista como un sustituto de afecto, (Poblano y Trigueros, 2000.) • Pensamientos de que estando delgados se obtendrá felicidad y aceptación, (Wilson citado en Szmukler, Dare y Treasure, 1995.) • Ideas valoradas con relación al peso e imagen corporal, (Spangler, 1999; Vitousek, 1996, citado en Ortiz, 2002.) • Malestar ante la propia imagen, imitación de la moda de la delgadez, problemas para controlar la manera de comer, (French, 1999.) • Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso de compulsión al comer, (CIE-10, 1993.) • Restricción alimentaria a base de dietas, (Spangler, 1999.) • Ingestión de grandes cantidades de alimento, (Braguinsky y cols. 1996; Davison, 2002; French, 1999; Hales, Yudofsky y Talbott, 2000; Papalia y Wendkos, 1998; Saldaña, 1994; Turón, 1997.) • Utilización de purgas, (Papalia y Wendkos, 1998; Rosen y Leitenberg, 1982; Saldaña, 1994; Sherman y Thompson, 1999.) • Presencia de vómitos, (CIE-10, 1993; DSM-IV, 1996; French, 1999; Hales, Yudofsky y Talbott, 2000; Papalia y Wendkos, 1998; Saldaña, 1994; Turón, 1997.) • Utilización de laxantes, (CIE-10, 1993; Davison, 2002; DSM-IV, 1996; French, 1999; Papalia y Wendkos, 1998; Saldaña, 1994; Sherman y Thompson, 1999; Turón, 1997.) • Utilización de ayuno, (CIE-10; French, 1999; Turón, 1997.) • Ingestión rápida y voraz en periodos cortos de tiempo, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000; Moreno, Monereo y Álvarez, 1998; Turón, 1997.) • Episodios frecuentes de hiperfagia. • Presencia de atracones. • Presencia de atracones al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, (DSM-IV, 1996.) • Interrupción de dietas que conducen a un atracón. • Comer en exceso independientemente del hambre que se tenga. • La dieta severa desencadena atracones alimentarios • El atracón precipita la conducta de vómito, (Fairborn y Cooper, 1984.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto negativo de sí mismo, alteración del funcionamiento social y son cohibidos, (Goldman, 1994.) • Incapacidad para distinguir entre la sensación de hambre y el comer cuando existe una alteración emocional, (Hales, et al.) • El exceso de peso provoca soledad la cual ayuda a evitar el ser humillado, (Apfelbaum, 1987.) • Sentimientos de rechazo con carga emocional y sufrimiento, (Brownell, 1982, citado en Toro, 1999; Toro, 1999.) • Realización de dietas estrictas mezcladas con atracones, (Garner, 1998.) • Ingesta excesiva, (Whiters, 1964, citado en Saldaña y Rossell, 1988.) • El alimento es percibido como una forma de reducir la tensión y frustración, (Creff y Herschberg, 1981.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión excesiva de alimentos sin tener control, (Williamson, Davis, Duchman y cols., 1990 citados en Saldaña, 1994; Palma, 1997.) Tannenhaus, 1999.) • Ausencia de métodos extremos para perder peso, (Williamson et al citados en Saldaña, 1994.) • Episodios de náuseas o vómitos, (Turón, 1997.) • Se come cuando se expresa de cualquier sentimiento. (Tannenhaus, 1999.)

disminución de la temperatura corporal, bradicardia, hipotensión, las paredes del corazón disminuyen su grosor, piel seca, áspera quebradiza y fría, hipercarotinemia, lanugo e hipercolesterolemia. En la bulimia nerviosa se presentan: el consumo de fármacos, desequilibrio de electrolitos como potasio, sodio y cloruro causado por la purga, molestias abdominales, sueño, distensión abdominal, hinchazón de las manos, piernas y pies, inflamación de las glándulas salivales, sensación de cansancio, náuseas, falta de aliento y mareo, caries dentales y gingivitis, hipoglucemia, hemorragias en el tracto intestinal, formación de ampollas, desgarres y hemorragias en la garganta y esófago, aumento de las concentraciones de carotenos, aprendizaje conductual que se mantiene con reforzadores y castigos. En la obesidad se manifiesta: el aumento de peso corporal, exceso de grasa corporal por encima del 20% del peso ideal, hiperlipidemias, hiperuricemia, hepatopatía, litiasis biliar, afecciones del aparato locomotor, alteraciones tiroideas y mala alimentación por falta de tiempo. En la sobrealimentación compulsiva, existen frecuentes fluctuaciones de peso, consumo de alimentos de un alto contenido calórico en un atracón y cefaleas. Finalmente, en los trastornos no específicos, se presentan pérdida significativa de peso que se encuentra dentro de los límites de la normalidad, masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida y menstruaciones regulares en mujeres.

Analizando el **Cuadro 4**, que corresponde a los signos sociales de los trastornos de la conducta alimentaria se observa que en estos se presenta: aislamiento social y dificultad para establecer relaciones sociales. En la anorexia nerviosa y los trastornos no específicos se presentan cambios en las relaciones interpersonales, retraimiento social, irregularidad e inestabilidad. En la bulimia nerviosa y trastornos no específicos están: escasa comunicación con padres y sociedad en general e interrupción social.

CUADRO 3. SIGNOS FÍSICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	OBESIDAD	SOBREALIMENTACION COMPULSIVA	T. C. A. NO ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Rutinas de ejercicio físico, (García, 1993; Toro y Vilardell, 1989.) • Presencia de amenorrea en mujeres, (CIE-10, 1993; DSM-IV, 1996; Toro y Vilardell, 1989.) • Pérdida significativa de peso superior al 15% con relación al peso normal, (CIE-10, 1993; Martínez Fornés, 1995; OMS; Rundell y Wise, 2001; Toro, 1999.) • Disminución de la temperatura corporal. • Bradicardia. • Hipotensión. • Paredes del corazón disminuyen su grosor. • Arritmias cardíacas. • Piel seca, áspera, quebradiza y fría. • Hipercarotinemias. • Lanugo. • Estreñimiento. • Osteoporosis. • Edemas. • Anemias. • Hipercolesterolemias. • (Toro y Vilardell, 1989.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio físico extremo, (DSM-IV, 1996; Saldaña, 1994; Sherman y Thompson, 1999; Turón, 1997.) • Consumo de fármacos, (CIE-10, 1993.) • Desequilibrio de electrolitos como potasio, sodio y cloruro causado por la purga, uso de laxantes y vómito, (Sherman y Thompson, 1999.) • Molestias abdominales y sueño, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) • Distensión abdominal. • Hinchazón de las manos, piernas y pies. • Inflamación de las glándulas salivales. • Sensación de cansancio, náuseas, falta de aliento y mareo. • Caries dentales y gingivitis. • Hipoglucemia. • Hemorragias en el tracto intestinal. • Formación de ampollas, desgarres y hemorragias en la garganta y el esófago. • Edemas. • Diarrea crónica. • Arritmias cardíacas. • Pérdida del tono intestinal. • Estreñimiento. • Anemia. • Aumento de las concentraciones de carotenos. • Cesación de la menstruación (amenorrea.) • Osteoporosis, (French, 1999.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso corporal, (Braguinsky y cols., 1996; Moreno, et al.) • Exceso de grasa corporal por encima del 20% de peso ideal, (Gómez Pérez-Mitré, 1993; Miller, 1995; Saldaña y Rossell, 1988.) • Hiperlipidemias. • Hiperuricemia. • Hepatopatía. • Litiasis biliar, (Saldaña y Rossell, 1988.) • Afecciones del aparato locomotor, (D' Anglejan, 1976, citado en Saldaña y Rossell, 1988.) • Alteraciones ortopédicas, (Kaplan y Sadock, 1992.) • Alteraciones tiroideas, (Turón, 1997.) • Mala alimentación por falta de tiempo, (Rissanen y cols., 1991, citado en Moreno, Monereo y Álvarez, 1998.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentes fluctuaciones de peso, (Turón, 1997; Williamson et al.) • Consumo de alimentos de un alto contenido calórico en un atracón. • Cefaleas, (Turón, 1997.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida significativa de peso que se encuentra dentro de los límites de la normalidad. • Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida. • Menstruaciones regulares en mujeres, (DSM-IV, 1996.)

Las características diferenciales en la obesidad son: sentimientos de culpabilidad y discriminación, son etiquetados como personas perezosas, débiles y autodestructivas, y presión social a favor de la delgadez.

CUADRO 4. SIGNOS SOCIALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				
ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	OBESIDAD	SOBREALIMENTACIÓN COMPULSIVA	T. C. A. NO ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las relaciones interpersonales como retraimiento social o irregularidad e inestabilidad de los intercambios sociales. • Aislamiento social, (Toro y Vilardell, 1989.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción social, (Hales et al.) • Escasa comunicación con los padres y la sociedad en general, (Sights y Richard, 1984 citados en Turón, 1997.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para establecer relaciones sociales y afectivas, (Saucedo, 1996.) • Sentimientos de culpabilidad y discriminación. • Son etiquetados como personas perezosas, débiles y autodestructivas, (Brownell, 1982, citado en Saldaña y Rossell, 1988.) • Presión social a favor de la delgadez., (Stake y Lauer, 1987 citados en Toro, 1999.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social, (Saldaña, 1994.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las relaciones interpersonales como retraimiento social o irregularidad e inestabilidad de los intercambios sociales. • Aislamiento social, (Toro y Vilardell, 1989.) • Interrupción social, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.) • Escasa comunicación con los padres y la sociedad en general, (Sights y Richard, 1984, citados en Turón, 1997.)

CRUZ JIMÉNEZ Y MERCADO MÁRQUEZ, 2005

ESTUDIOS DE FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la historia de la humanidad los alimentos han estado asociados a una gran variedad de estímulos y sensaciones placenteras que van más allá de ser el vehículo que permite obtener los nutrimentos que se requieren para mantenerse saludable, ya que también representan un medio para establecer o reforzar las relaciones sociales e inclusive para mantener vivas las tradiciones que otorgan identidad familiar y social. A pesar de esto,

para cierto tipo de personas los alimentos no representan un estímulo biopsicosocial positivo, ya que pueden llegar a convertirse en una obsesión que es originada por la importancia que se le ha dado a la figura corporal delgada, ya que está relacionada con la aceptación, la felicidad, el éxito y un sin número de cualidades positivas difundidas a través de los medios de comunicación y aceptadas por la sociedad las cuáles provocan que muchas familias interioricen dichas ideas y creen que la figura corporal delgada es una apariencia que se debe poseer a cualquier precio.

De este modo, es común que las personas jóvenes sean las más propensas a padecer desajustes alimentarios, ya que como están en búsqueda de una identidad personal tratan de cumplir con los parámetros de belleza establecidos dentro de su círculo social, así que comenzaran a cuidar su alimentación, tendrán mayor interés por temas relacionados con la delgadez y utilizaran los medios que estén a su alcance para poder lograr su objetivo que es la reducción de peso y el mantenimiento de una figura delgada. Así, esta atmósfera de culto al cuerpo y la práctica de sacrificios en aras de la esbelta figura, constituyen un campo propicio para la proliferación de trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios se han convertido en un importante problema psicológico que cada vez afecta a más personas y están en un progresivo aumento en su incidencia y prevalencia, ya que en su desarrollo intervienen varios factores que están relacionados entre sí, como las implicaciones médicas que pueden llevar a la muerte, los trastornos psicológicos, que implican la relación que tienen dichos padecimientos con otras enfermedades como la depresión, la ansiedad y la obsesión y los factores familiares y sociales que en algunas ocasiones son determinantes, ya que estos pueden ser la causa de que alguna persona padezca algún trastorno alimentario. Por tal motivo, es de gran importancia la realización de investigaciones a través de diversos estudios que

permiten conocer el origen y causas de mantenimiento que hacen que estos trastornos alimentarios se conviertan en problemas que afectan biopsicosocialmente a las personas, además de que las diversas investigaciones permiten explorar las interacciones que existen entre el cuerpo, la mente y la sociedad cuando se trata de explicar porqué las personas comen o dejan de comer, lo cual ayudará a comprender la dinámica tan compleja de estos trastornos que constituyen una especie de adicción y sobre todo un proceso en donde las personas que los padecen difícilmente los reconocen como problemas a pesar de ser una situación sobre la que no tienen control, ya que tienen la firme convicción de que pueden superar esta situación cuando quieran y sin ningún esfuerzo, por lo tanto, es de gran importancia conocer los aspectos psicológicos más relevantes de estas alteraciones para mejorar su comprensión e impulsar su manejo multidisciplinario.

Al ser los trastornos alimentarios perturbaciones que no solamente afectan los hábitos alimentarios de las personas sino también su estilo de vida, ya que son los causantes de que surjan diversos problemas de salud, cambios en los pensamientos los cuales están dirigidos al peso y la delgadez y problemas en las relaciones sociales, es de gran importancia dirigir el interés hacia la prevención de dichos trastornos, la cual debe estar enfocada a advertir, alertar o notificar acerca del riesgo de entrar en el territorio trastornado.

Debido a que los adolescentes y jóvenes se encuentran en un periodo de maduración en donde se presentan interacciones entre los aspectos del desarrollo físico, social y emocional y en donde cada individuo tiene que elaborar las exigencias de las experiencias de su vida para llegar a tener una formación de personalidad estable y lograr una adaptación madura al medio, es muy probable que sean mayormente

susceptibles a la influencia de diversos estereotipos que se manejan como ideales dentro de la sociedad y que son difundidos a través de los medios de comunicación, ya que éstos muestran los métodos existentes para la reducción de peso y la obtención de una figura corporal delgada, los cuales provocan en los jóvenes, además de una lucha desesperada por imitarlos, una sensación de resentimiento y marginalidad, los cuales los tornan muy sensibles y críticos con los demás, pero también con ellos mismos, llegando a asumir una actitud muy crítica hacia su cuerpo y pudiendo mostrar una intensa ansiedad si su aspecto no corresponde a un ideal, (Feinholz, 1997.) De este modo, llegarán a adoptar hábitos alimentarios dañinos para la salud, surgirán alteraciones perceptuales y emocionales y se dañarán las relaciones familiares.

Por tal motivo, es de gran importancia el manejo de la prevención de los trastornos alimentarios con el fin de evitar que se perturbe el desarrollo normal de la vida y que se ponga en riesgo la salud física y mental de las personas, cuidando de esta manera su equilibrio interno para poder sobrellevar las agresiones externas del medio ambiente en que se vive, ya que cuando se padece un trastorno alimentario la talla, el peso y la complexión se convierten en las principales fuentes de preocupación para los jóvenes debido a que piensan que a través de un cuerpo delgado cubrirán sus necesidades de aceptación social, comprensión, identificación y autoestima así que no dirigirán su interés hacia los graves problemas que les puede ocasionar el padecer dichos trastornos.

La prevención puede estar en el tipo de relación que se establece entre las personas jóvenes, su familia y la sociedad en general. Para la familia esto implica percibir y comprender las necesidades afectivas de los hijos, además de reconocer los diferentes estados de ánimo que experimentan con el fin de poder ayudarles a sentirse mejor, con

palabras y conductas. También es importante promover un desarrollo sano dentro de la familia en donde sus miembros se sientan contentos unos con otros y se respeten; aprender a reconocer y expresar los sentimientos, aprender a identificar las necesidades propias y satisfacerlas sin perjudicar a otras personas, aceptar que nadie es perfecto y que toda persona comete errores, expresar cariño y aceptación hacia los hijos, conocer las características físicas, psicológicas y sociales de los jóvenes y comentarlas entre ellos, no ridiculizar ni hacer bromas acerca de la figura o el peso de las personas, a pesar de que no sean los adecuados, aceptar a las personas como son, evitar comer cuando se encuentren alterados emocionalmente y tratar de no dejarse influir por los estereotipos físicos delgados que se manejan a través de los medios de comunicación que cada vez tienen una mayor importancia dentro de la sociedad, todo con el propósito de que las personas, las familias y la sociedad desarrollen actitudes y conductas positivas respecto a su alimentación y a su persona y así evitar el surgimiento de un trastorno alimentario.

La cuestión de las expectativas también es un punto importante que se debe mencionar cuando se habla de la prevención de los trastornos alimentarios en los jóvenes. A continuación se mencionarán algunos aspectos que pueden originar un trastorno alimentario, por lo tanto, es importante conocerlos con el fin de evitarlos y así prevenir la aparición de dichos trastornos. Darle una gran importancia a la comida, el comer, el peso y el aspecto dentro de la familia puede provocar que más adelante las personas jóvenes desarrollen un trastorno alimentario ya que interiorizan las ideas de que la apariencia física delgada es una característica física que se debe poseer.

La insistencia exagerada en el aspecto y logros por parte de los padres es otro factor causante de trastornos alimentarios en los jóvenes, ya que estos son muy exigentes con

los hijos en cuanto a lo académico, personal y social debido a que esperan de ellos logros y triunfos, lo cual provoca que estos se sientan presionados por las exigencias que tiene hacia ellos.

La contención de los sentimientos es otro factor de riesgo, ya que el evitar la expresión espontánea de los sentimientos provoca el surgimiento de problemas emocionales que pueden afectar las relaciones de los jóvenes y más adelante generar la aparición de un trastorno alimentario. Una relación excesivamente estrecha con los padres provoca que los hijos al entrar a la adolescencia sean excesivamente dependientes de ellos, así éstos trataran de satisfacer los deseos, necesidades y expectativas de sus padres y al hacerlo dejaran de expresar sus propios deseos, lo cual es un causante de padecer trastornos alimentarios. El excesivo control de la vida de los jóvenes por parte de los padres es algo que se debe evitar, ya que estos al tomar las decisiones y gobernar la vida de sus hijos les quitara la oportunidad de desarrollar una identidad propia.

La falta de reconocimiento de sí mismo como individuo por derecho propio es otro factor de riesgo, ya que los jóvenes pueden llegar a sentir que son incapaces de lograr alcanzar las altas expectativas que en ellos son depositadas, lo cual provocará que se sientan frustrados e insatisfechos.

La gran influencia de los medios de comunicación como revistas, programas televisivos y venta de una infinidad de productos para perder peso también tienen una influencia importante para el desarrollo de algún trastorno alimentario, ya que los jóvenes creen que deben poseer una figura física que es promovida por todo este tipo de medios debido a que regularmente la relacionan con la obtención de aceptación, felicidad, reconocimiento y éxito.

Como se observa, existen una serie de factores que participan en el desarrollo de los trastornos alimentarios, los cuales están principalmente relacionados con la dinámica familiar y las alteraciones psicológicas que se desarrollan en los jóvenes, las cuales surgen a partir de la importancia que estos le otorgan a la figura corporal delgada como sinónimo de belleza, aceptación y éxito, lo cual llega a originar una obsesión por la delgadez que provocará desajustes en su desarrollo. De este modo, es importante reconocer que para prevenir el surgimiento de algún trastorno alimentario se deben evitar situaciones de rechazo y falta de relaciones afectivas, ya que esto está propiciando la dinámica que precisamente se observa en las personas con trastornos alimentarios, como es anteponer los deseos y necesidades de los demás a los suyos, ya que si no lo hacen sienten que no conseguirán el afecto y la aprobación necesaria para sobrevivir.

Debido a que los trastornos alimentarios son perturbaciones que incluyen problemas físicos, emocionales y sociales, se han realizado una serie de investigaciones con en fin de conocer los pensamientos y las conductas que se presentan así como las causas de su mantenimiento que hacen que prevalezcan, para que más adelante se puedan crear nuevos métodos de tratamiento y prevención.

Davis y Fox (1993) realizaron, un estudio relacionado con el ejercicio excesivo y la preocupación por el peso de las mujeres. Dicho estudio se realizó con 351 mujeres que fueron clasificadas según una medida de preocupación por el ejercicio y preocupación por el peso. El ejercicio excesivo, la preocupación por el peso y el estar a dieta reflejan un narcisismo dinámico, ya que representan persecuciones en las cuales las personas ostentan un interés extremo y obsesivo en las materias concernientes a su organismo que pueden desencadenar algún trastorno alimentario, (Davis, Fox, 1993.)

Thiel, Brooks, Ohlmeier, Jacoby y Schükler (1995) realizaron, un estudio relacionado con la presencia del desorden obsesivo-compulsivo entre pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, con el fin de determinar el predominio de este desorden entre pacientes con desórdenes alimentarios. Se realizó el estudio con 93 mujeres internadas y diagnosticadas de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. Doce pacientes cumplían los criterios para anorexia nerviosa, 60 para bulimia nerviosa y 21 para ambos trastornos teniendo una edad promedio de 25 años. Se encontró que los pacientes con anorexia nerviosa parecen estar compulsivamente preocupados con pensamientos diarios y comportamientos relacionados a dieta, peso e imagen del cuerpo. Los pacientes con bulimia nerviosa describieron una compulsión irresistible para el atracón y el vómito y los pacientes con ambos desórdenes ostentaron un estilo cognitivo específico con patrones disfuncionales en la manera de pensar.

Leonhard y Barry (1998) realizaron, un estudio relacionado con los efectos generados por la percepción de las medidas del cuerpo, la imagen del cuerpo y la obesidad con el propósito de evaluar efectos de género y medidas de índice de masa corporal en las estimaciones de tamaño normal del cuerpo, tamaño actual del cuerpo y discrepancias entre los tamaños alcanzables y los tamaños deseables a partir de la observación de siluetas masculinas y femeninas. Además, se trató de investigar si los sujetos sentían que de una manera realista podían lograr un tamaño de la figura deseable con la que se identificaban, lo cual puede tener implicaciones para la mejor comprensión de la reincidencia en la pérdida de peso. Los sujetos incluyeron a 98 mujeres con un rango de edad de 18 a 75 años y 74 hombres con un rango de edad de 18 a 73 años. Los resultados señalaron, que todos los sujetos fueron coherentes cuando fueron preguntados para hacer juicios acerca de una silueta de una persona hipotéticamente

“normal”. Sin embargo, cuando fueron preguntados para hacer juicios personalizados acerca de su propio tamaño la consistencia terminó. La incongruencia en los juicios de tamaño personal se encontró en el grupo de mujeres con IMC normal, la tendencia de varones de peso normal y personas obesas (particularmente mujeres), menospreciaron su tamaño, así como también la tendencia de mujeres obesas para encontrar su tamaño deseado inalcanzable, podría ser interpretada como una indicación de la confusión que algunas personas sienten acerca de su propio tamaño con relación a expectativas percibidas por la sociedad.

Por otro lado, Popkess-Vawter y Owens (1999) realizaron, un estudio relacionado con el uso del Cuestionario Proyectivo Bulit de Bulimia para evaluar el riesgo y el progreso en dirección al peso en mujeres con sobrepeso y fluctuaciones de peso. Para lograr su objetivo se realizaron dos estudios. Se determinaron diferencias entre sujetos con sobrepeso con fluctuaciones de peso y sujetos de peso normal, demostrando que los sujetos con sobrepeso tenían un riesgo superior para los atracones y la bulimia que los sujetos de peso normal y las mujeres con sobrepeso con fluctuaciones de peso tenían menos control sobre sus patrones al comer que las mujeres de peso normal que no tenían fluctuaciones de peso.

P. Mahíquies (1999) hizo, un estudio relacionado con las nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación con el fin de conocer un nuevo método de tratamiento llamado “realidad virtual”, el cual puede ofrecer recursos para así enfrentar a los trastornos alimentarios. Lo que se apreciaba en los pacientes era un marcado malestar con su corporalidad aunque su trastorno de la imagen corporal había sido tratado con diversas técnicas tradicionales, dentro de un programa cognitivo-conductual general para trastornos alimentarios. Durante el tratamiento centrado en la

imagen corporal los pacientes fueron tratados y controlados en otros parámetros de su trastorno.

Los resultados que se obtuvieron fueron que las personas en la condición de realidad virtual mostraron una mejoría significativa en la puntuación con diversos instrumentos que medían la psicopatología general, medidas generales en trastornos alimentarios y diversas medidas de imagen corporal (mostrándose más satisfechas con su cuerpo, con menos evitación de su imagen corporal, menos miedo a engordar, etc.)

Mannucci, Rica, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras y Rotella (1999) hicieron, un estudio relacionado con la calidad de vida de las personas con obesidad, con el fin de examinar la intensidad y la relevancia subjetiva de señales físicas y psicosociales que intervienen en la calidad de vida de dichos sujetos. Las mujeres obesas mostraron una menor calidad de vida debido a que existe un impacto más grande de ser obeso referente a quejas psicosociales en comparación a los hombres. La severidad de la obesidad está relacionada con la ocurrencia y la intensidad de síntomas y del ajuste social.

Vaz, Peñas y Ramos (1999) realizaron, un estudio para proporcionar datos descriptivos con respecto al descontento de la imagen del cuerpo y encontraron que es un síntoma básico en pacientes con bulimia nerviosa y es también un síntoma que permite distinguir entre los pacientes con las formas completas y los pacientes con bulimia nerviosa subclínica atípica, ya que la manera en que experimentan sus cuerpos puede afectarles de forma diferente.

Kaye W. H., Klump K. L., Frank G. K. y Strober M. (2000) realizaron, una investigación de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa con el fin de conocer los patrones anormales

de regulación de peso, los comportamientos alimentarios y los disturbios en las actitudes y las percepciones hacia la forma y peso del cuerpo.

Dentro de las investigaciones se encontró que la anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo inexplicable a la ganancia de peso y una obsesión irreal con la gordura hasta hacer frente con la creciente caquexia. Por su parte, la bulimia nerviosa se caracteriza porque ésta usualmente emerge después de un periodo de dieta, lo cual puede estar o no puede estar asociado con la pérdida de peso. Los atracones son seguidos ya sea por vómito autoinducido o algunas otras maneras de compensación para el exceso de comida ingerida.

Se encontró que las personas con anorexia nerviosa raramente tienen supresión completa del apetito exhibiendo una resistencia volitiva y usualmente ego-sintónica para manejar la manera de comer cuando eventualmente están preocupadas por la comida teniendo rituales al comer llegando al extremo de la obsesión. De modo semejante, la bulimia nerviosa no puede ser asociada con un primario manejo patológico al comer demasiado; se cree, como los individuos con anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa tienen un manejo aparentemente implacable para restringir su toma de comida, un miedo extremo de ganancia de peso y a menudo una distorsión de la percepción de su forma real del cuerpo. Es así, como se considera que la restricción del comportamiento alimentario y las cogniciones disfuncionales relacionadas con el peso y forma de auto-concepto son compartida por ambos trastornos, y eso efectúa una transición entre síndromes que ocurre en muchas personas, alegando que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en menor riesgo tienen factores responsables en común. Dentro de esta investigación se sustenta que la etiología de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa está múltiplemente influenciada por procesos para el desarrollo,

sociales y biológicos, en donde participan las actitudes culturales hacia estándares culturales de atractivo físico, aunque se menciona que este no es el único factor que participa en la patogénesis de estos trastornos alimentarios, destacando así, que el estar a dieta y el manejo dirigido a la delgadez es bastante común dentro de los países industrializados.

Los investigadores han encontrado que en personas que se han recuperado de anorexia nerviosa, los comportamientos obsesivos persisten, como también una manera de pensar inflexible, freno en la expresión emocional, un alto grado de auto-control impulsivo, introversión, condescendencia, limitación en la espontaneidad social, exhibición de una mayor evitación de riesgo y daño, ineficacia, manejo de la delgadez y una psicopatología significativa relacionada con hábitos al comer. De modo semejante, las personas que se han recuperado de bulimia nerviosa continúan estando excesivamente preocupadas por la forma y peso del cuerpo ocupando comportamientos alimentarios anormales y experimentado humor disfórico. Considerando conjuntamente a estos dos comportamientos se puede decir, que son caracterizados por preocupaciones excesivas por la imagen del cuerpo y la delgadez, obsesión con el orden, la exactitud, el perfeccionismo y el afecto negativo disfórico. En general, estos síntomas son menos intensos después de la recuperación pero el contenido de las preocupaciones permanece igual, lo cual sube la posibilidad de que los disturbios sean rasgos premórbidos que contribuyen a la patogénesis de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Espina, Ortego, Ochoa y Alemán (2001) realizaron, un estudio relacionado con la alexitimia, familia y trastornos alimentarios que tuvo como objetivo establecer si la

alexitimia (incapacidad para describir los sentimientos) está presente en los padres y madres de hijas con anorexia y bulimia nerviosa.

Los resultados demostraron que la alexitimia es más frecuente en las madres de las hijas con trastornos alimentarios, lo cual permitió afirmar que dicho padecimiento es una característica de las familias que incluyen miembros que padecen bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, especialmente en las madres.

Saldaña (2001) elaboró, un trabajo relacionado con los tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario, con el fin de dar a conocer los diversos tratamientos que ya son utilizados y los resultados que éstos tienen, además de proponer nuevos tratamientos que pueden ser mayormente eficaces en personas que padecen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón especialmente. Para la anorexia nerviosa se menciona que el único tratamiento que ha probado mayor eficacia es la rehabilitación nutricional, por lo tanto, se propone que es necesario el desarrollo y aplicación de programas estructurados de tratamiento que permitan determinar su eficacia. Con base en esto, se menciona que la intervención psicosocial de los pacientes no debe comenzarse hasta que la ganancia de peso se haya iniciado, además de que se proponen objetivos que deben seguir los tratamientos psicológicos con el fin de proporcionar ayuda a los pacientes para que entiendan y cooperen con su rehabilitación física y psicológica; comprendan y cambien las conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con su trastorno alimentario; mejoren su funcionamiento interpersonal y social y se pueda tratar la psicopatología y los conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen las conductas relacionadas con la alteración alimentaria.

De este modo, algunos estudios han mostrado que la aplicación de programas poco estrictos de terapia de conducta, consistentes en emplear inicialmente el descanso en

cama y la amenaza de retornar a la cama si el incremento de peso no continúa, son eficaces como los programas conductuales que aplican medidas de forma más estrictas. Es así como algunos psicólogos clínicos emplean la terapia cognitivo-conductual para el mantenimiento de los hábitos adecuados y la terapia cognitivo o interpersonal para favorecer la reestructuración cognitiva y la promoción de estrategias de afrontamiento eficaces, (Saldaña, 2001.)

En el caso de la bulimia nerviosa la autora menciona que dos son los tipos de tratamientos que pueden ser eficaces para este trastorno: el tratamiento farmacológico y la Terapia Interpersonal. Las terapias farmacológicas, fundamentalmente antidepresivos, son empleadas con el objetivo de reducir los episodios de atracones y las conductas purgativas. Además, la medicación también se utiliza para aliviar síntomas tales como depresión, ansiedad, obsesiones, o falta de control de impulsos que acompañan a las conductas alimentarias desadaptadas. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento más eficaz y son los procedimientos de autoayuda cognitivo-conductuales sin contacto terapéutico o con mínimo contacto terapéutico. De este modo, la autora afirma, que los tratamientos cognitivo-conductuales autoaplicados deberían ser la primera forma de intervención con los pacientes con trastorno por atracón, lo cual permitiría incrementar la eficacia de los mismos al no ser necesario administrarlos por especialistas facilitando su alcance a un mayor número de sujetos.

Etxeberria, González, Padierna, Quintana y Ruiz (2002) realizaron, un estudio relacionado con la calidad de vida en pacientes con trastornos alimentarios, con el fin de obtener información directa de pacientes con trastornos de alimentación y de sus familiares sobre cómo su enfermedad afecta a diferentes aspectos de su vida.

En este estudio se realizaron un total de 7 grupos focales: 4 con personas afectadas por un trastorno alimentario, 2 con familiares de pacientes con un trastorno alimentario y un grupo multidisciplinar de profesionales que trabajan en unidades de tratamiento específicas para trastornos alimentarios. Los participantes en los 4 grupos de pacientes se seleccionaron a partir de dos criterios: el diagnóstico, (Anorexia Nerviosa o Bulimia) y el tiempo de evolución de la enfermedad. La estructura de los cuatro grupos con personas afectadas fue la misma: se les pidió que respondieran por escrito a tres preguntas que se discutieron posteriormente: 1) ¿Qué es lo que más te preocupa en este momento con relación a tu problema de alimentación?, 2) ¿Cuáles son las áreas de tu vida que ves más afectadas como consecuencia de lo mismo? y 3) ¿Qué es lo primero que le gustaría que cambiará?.

Los resultados obtenidos de los diversos grupos focales muestran una coincidencia en cuanto a la importante afectación que estos trastornos tienen en la vida de las personas que los padecen ya que dichos trastornos afectan diversos aspectos de la vida como los estudios, trabajo y actividades diarias, la salud física, alimentación, peso, percepción corporal, relaciones familiares, relaciones sociales y estados de ánimo, demostrando con esto que dicha afección no se reduce solamente a lo relacionado a la salud física y la alimentación, sino que generaliza a aspectos emocionales y de relación.

Cómo se puede observar, los trastornos de la conducta alimentaria son un tema que se ha tratado por mucho tiempo y con un gran interés con el fin de conocer las causas y consecuencias que éstos provocan al padecerlos, así cómo con el objeto de crear métodos preventivos que ayuden a reducir la prevalencia entre la población de adolescentes y jóvenes principalmente.

De este modo, las investigaciones realizadas por diversos autores muestran el amplio estudio que se ha tenido acerca de dichos trastornos alimentarios, las cuales tienen como objetivo aportar conocimientos relacionados con el comportamiento y forma de pensar de las personas que padecen algún trastorno alimentario así como nuevas técnicas de tratamiento. Es así como dichas investigaciones se han enfocado en la preocupación por el peso, realización de ejercicio, la presencia del desorden obsesivo-compulsivo, la percepción del cuerpo y de la imagen corporal, métodos de tratamiento, la calidad de vida de las personas con trastornos alimentarios, la presencia de trastornos afectivos en familiares, etc., todo para ampliar el conocimiento previo de estos trastornos y para que se pongan a prueba los métodos de tratamiento propuestos, o bien, se generen nuevas investigaciones que ayuden a prevenir o tratar adecuadamente dichos padecimientos que cada vez toman mayor fuerza en el mundo.

EL TEATRO

Incursionar en el ámbito teatral es una decisión que implica el adquirir una serie de elementos y técnicas dirigidos hacia la formación profesional, por lo tanto, las personas que deseen dedicarse a dicha carrera deben conocer que pueden existir requisitos primordiales que se deben cumplir, cómo es el manejo adecuado del cuerpo. De este modo, al reconocer que el cuerpo es la herramienta principal utilizada para proyectar emociones, sentimientos y actitudes es importante conocer la opinión de diversos autores con respecto al manejo del cuerpo y de otras técnicas teatrales.

Para comenzar, se puede decir que el teatro es un fenómeno que a través de la historia ha sido una fuente de entretenimiento y de encanto para el hombre, ya que no solo ha aliviado el tedio y el aburrimiento de la vida cotidiana sino que, en sus antiguos aspectos rituales sirvió al ser humano como un medio de comunicación con los dioses que haya adorado o espíritus que haya temido, teniendo así una existencia que abarca desde la pantomima de la caza en los pueblos primitivos hasta la enorme diversidad de formas teatrales coexistentes en la actualidad. Por lo tanto, el teatro ha sido instrumento de religión y de enseñanza religiosa; ha servido a gobiernos establecidos y combatido contra ellos; ha sido usado para discursos sociales y para mejoramiento social y ha sido empleado en tareas de la educación, (Heffner, Selden y Sellman, 1980.)

En la época primitiva donde predomina una comunidad recolectora, agrícola y cazadora, los hombres encontraron modos de ritualizar los preparativos del trabajo y las celebraciones de éxitos. De este modo, comienza a surgir el teatro primitivo con el que el individuo trata de personificar las fuerzas de la naturaleza que luchan y disputan entre sí, y a las que pretende influenciar en provecho propio a través de los ritos de sacrificio, adoración, danza y canto. Por lo cual, se observa que los elementos más característicos

del teatro primitivo son la danza, el mimo, la pantomima, el canto, y la magia, los cuales son formas intemporales que se reconocen en el folklore popular y son medios estimulantes de la necesidad de expresión humana, (González, 1986.)

Después surge el teatro griego que dio inicio del teatro occidental y que se caracterizó por tener elementos religiosos que estaban estrechamente unidos con el ciclo agrícola. Respecto a lo religioso, Oliva y Torres (1990) opinan, que la invocación a los muertos y a los héroes emparentables con los Dioses, las procesiones y las danzas rituales fueron acontecimientos relacionados con la religión, ya que el hombre griego se encontraba en continuo diálogo con la naturaleza a la que diviniza y con la que asimila a sus héroes. Es así como, la danza, el canto, la música, la acción dramática, la tragedia y la comedia formaban parte de la teatralización ritual griega, aunque también había representaciones sobre problemas sociales y familiares, ya que eran acontecimientos hechos con el fin de liberar a los espectadores de sus miedos personales y religiosos, (Careaga, 1994.)

También, surge el teatro en Roma, el cual tiene sus orígenes del etrusco y del griego y abarca el género de la comedia convirtiéndose así, en una fiesta animada en la que el público tomará tanta o más parte que los actores, ya que la condición de éstos no inspiraba demasiado respeto debido a que se trataba de esclavos o de libertos, (Oliva y Torres, 1990.) Una novedad en el teatro romano es el hecho de convertirse en negocio del espectáculo, más que un lugar de las artes, perfectamente controlado por la autoridad del imperio, (González, 1986.)

De igual manera, existió el teatro de la Edad Media el cual era popular y estaba influido por el inmovilismo para poder perpetuar el sistema feudal, por lo tanto, las características de las artes eran la presentación de un mundo estático estereotipado y la despersonalización, desde la abstracción contemplativa. Así, en el teatro, en cuanto a

contenido los personajes son siempre abstracciones simbólicas de carácter moralizante y ejemplar, como el diablo, la gula, la lujuria, el ángel, etc., (González, 1986.)

En el Renacimiento el teatro fue una de las manifestaciones artísticas y culturales más importante. Se van a dar dos tipos de teatro: el popular que surgirá trabajando las formas teatrales heredadas de la Edad Media, y el que se va a dedicar al cultivo del drama humanístico del que se ocuparían tanto científicos, como intelectuales y artistas, (González, 1986.)

Más tarde surge el teatro barroco que contiene en sí todo lo de las épocas anteriores llevado aun apogeo desmesurado donde se traslada la vida cotidiana al escenario y donde se incluyen nuevas aportaciones como la ópera y el ballet artístico, además, de que en esta época se pasa de la improvisada sala de mecenas, a la sala teatral independiente y libre: teatro de localidades en donde el escenario adquiere una forma que incluye sistema de bastidores, cambio de escenas y todo el complejo sistemas de maquinaras, (González, 1986.)

En el siglo XVIII bajo el signo de la Ilustración el postulado clave será el dominio de la razón, característica clave de la burguesía. Por tal motivo, el teatro humanista que desde el Renacimiento se ha ido emparentando a la burguesía redefine en esta era su marco de actuación ligado al espacio de los edificios teatrales, tomando el significado de un negocio del espectáculo. De esta manera, el teatro "oficial" se convirtió en podio del nuevo autoconocimiento en cátedra de la moral, en institución de explicaciones eruditas y en centro y difusión de la razón y sentimientos burgueses, (González, 1986.)

A partir del siglo XX las innovaciones hicieron que el teatro mostrará un mundo nuevo a través de representación de personajes y situaciones vivas, lo cual permitirá a los espectadores presenciar una verdad de manera directa y franca. De este modo, el

artista tratará de explicarse y de entender la nueva condición humana por medio de la comprensión y la superación del pasado, (Careaga, 1994.)

Es así, cómo a través de la historia se puede reconocer que el teatro no es solamente un lugar de entretenimiento, sino es un lugar donde se ofrece el sentido de muchas cosas y se descubren significados diversos, obteniendo una comprensión de las emociones y sentimientos, de los temores y pesares, de los gozos y tristezas, de la felicidad y la desgracia que experimentan todo el ser humano y que ayudan a comprender que el teatro está continuamente dedicado a la tarea de revelar la naturaleza del hombre y el significado de su vida.

Cabe señalar, que para expresar toda la gama de emociones, sentimientos, gestos y actitudes los artistas necesitan de una herramienta principal; su cuerpo, por lo cual, la expresión corporal se utiliza y manipula de maneras distintas dentro de los ámbitos de la actuación, como la danza, la mímica, la gesticulación y los movimientos desinhibitorios, etc.

Wright (1992) menciona, que “todo teatro es exageración; debe recalcar y proyectar o transmitir aquello que está tratando de decir, ya que para poder conmover a un público, el teatro tiene que ser más grandioso que la vida misma y para esto debe cumplir con ciertas obligaciones para con el público” (p.26.)

1.- El teatro debe dirigirse al público y no al individuo, debido a que el teatro pertenece a la gente y existe para ella, el artista tiene la responsabilidad de experimentar el cambio o la evolución con el fin de ofrecer lo que espera el público, por lo tanto, a través de su cuerpo deberá interpretar todo aquello que exige el papel de la obra hasta reconocer que el público ha percibido lo que se les quiso transmitir.

- 2.- El teatro debe conmover emocionalmente a su público; el teatro es una catedral de la emoción enseña una la verdad de vida, es importante que ofrezca a los artistas las técnicas necesarias para que éstos, a través de su expresión corporal puedan inspirar al público a hacer cosas bellas, puedan conmoverlos con la poesía, la calidad literaria, la gesticulación y los movimientos corporales, y puedan estimularlos intelectualmente para que realmente tengan una experiencia de carácter emocional.
- 3.- El teatro debe ofrecer al público un trozo de vida más completo que el que pueda vivir durante el breve lapso que dura la representación. A través de su cuerpo, el artista debe acentuar las lecciones y verdades que presenta, pintar los personajes o las situaciones con colores tan vividos que el público llegue a conocerlos o vivir junto con ellos, ese lenguaje no verbal que debe atrapar a los espectadores.
- 4.- El teatro debe parecer real cuando crea una alusión de la vida. Esto significa que la emoción, el espíritu y la ilusión deben estar presentes en el teatro, para lo cual, el artista debe tener la capacidad de la imaginación que le ayude a interpretar lo que no existe pero que podría existir, por lo tanto, para lograrlo utiliza elementos artísticos como: los gestos, el ritmo, la melodía, la métrica, las palabras, los movimientos, la actitud, etc., los cuales complementan al lenguaje verbal.
- 5.- La ilusión teatral debe ser una imagen verídica de la vida, de tal manera que el público crea en ella al menos mientras se encuentra en la sala. Las obras, los escenarios y las actuaciones deben ser realistas en cuanto a su estilo y el tema debe acercarse a la realidad, por lo tanto, el artista debe crear los personajes mediante su propia experiencia y personalidad y debe tener un manejo adecuado de su cuerpo para transmitir lo que desea que los demás perciban.

Ceballos (1993) opina, que el teatro es un espejo de las costumbres en donde se reflejan los sucesos que han pasado y los que acontecen en la actualidad. Por lo tanto, copiar la naturaleza y hacer de ella una creación propia, es una de las primeras reglas que debe tener en cuenta la persona dedicada al teatro si quiere alcanzar el éxito y reconocimiento, ya que únicamente representando con propiedad y verisimilitud los caracteres y sentimientos que ha de exteriorizar, perdiendo del todo su propia personalidad podrán producir la ilusión esperada.

Careaga (1994) reconoce, que el objetivo fundamental de cualquier tipo de actuación es lograr la imitación de la acción y la representación de la vida misma. Así, el teatro es un arte que proporciona un placer estético, y aclara la vida mediante la comunicación de las ideas, pensamientos, emociones, movimientos y gesticulación a través del cuerpo y de forma simbólica.

Considerando lo anterior, los autores coinciden en la definición que le asignan al teatro al mencionar que es un arte que tiene como objetivo principal el representar las obras teatrales de una manera creativa y destacada que genere en los espectadores la experimentación de sentimientos y emociones al estar presenciando dichas obras; además de que hacen mención de que el teatro es un edificio o lugar donde se realizan representaciones teatrales.

La diferencia existente entre dichas definiciones puede estar en que algunos autores opinan que lo más importante para el teatro es el público, mientras que otros se enfocan en los artistas que deben ser parte de la organización de la obra para que se lleve a cabo una representación.

Retomando a los autores anteriores, se puede decir que el teatro es un arte que implica la participación de artistas que estén interesados en representar diferentes obras, es un

lugar destinado para que se lleven a cabo dichas obras y es un medio a través del cual los artistas que lo conforman tienen la oportunidad de despertar su creatividad y espontaneidad, expresando de esta manera, sus pensamientos, sentimientos y emociones en el momento de crear, dirigir o actuar alguna obra para que así, los espectadores también experimenten ese conjunto de emociones y sentimientos que provocan las representaciones teatrales.

IncurSIONAR en el teatro, no es solamente una decisión que implica el deseo de convertirse en artista; la persona que realmente quiere dedicarse a este arte necesita antes que nada reconocer que para lograr sus metas debe tener un aprendizaje teatral del cual, su valor estriba en el hecho de que tiene presente al individuo completo y que trabaja con la integridad de él mismo, buscando un funcionamiento armónico de cuerpo, mente y emociones.

De este modo, González (1986) describe, los objetivos específicos de los métodos teatrales de aprendizaje que a continuación se mencionan:

- a) Recuperación y reconocimiento del cuerpo. El cuerpo es el "vehículo" de acción y expresión, así como archivo de todo lo que a lo largo de la vida se vive, por lo cual, es necesario que se aprenda a reconocer y tratar de desmontar aquellas estructuras como hábitos, rigidez, conductas, acciones, pensamientos, sentimientos, emociones, etc., con el fin de conseguir un cuerpo más libre, más armónico y más expresivo en el momento de interpretar lo deseado. Por ejemplo, tiene que ser capaz de separarse de los hábitos y estructuras corporales que fundamentalmente tienen que ver con la educación recibida, con el status y la función social, los cuales están siendo un obstáculo para su desenvolvimiento en la técnica teatral.

- b) La concentración y la atención. Las técnicas teatrales ayudan a sensibilizar a la persona en estos dos aspectos o elementos de conocimiento y comprensión de lo real, lo cual es necesario, ya que el saber dirigir la energía mental hacia un solo objetivo o ser y el saber compartir la energía mental de la “escucha” hacia algo con otras observaciones hacia otras cosas ayudan a liberar la imaginación y controlar la energía personal. Por ejemplo, el saber concentrarse y poner atención sobre un fin en específico se convierte en la puerta de acceso hacia el trabajo creador de la imaginación, así como en el control y buen uso de la energía personal.
- c) La comunicación. Las técnicas de aprendizaje teatral tienden a desarrollar la capacidad comunicativa de las personas en un sentido prácticamente de comunión, es decir, sensibilizar la “escucha” del individuo hacia sí mismo a la vez que hacia todo lo que le rodea surgiendo la capacidad de entrega mediante la escucha. Por ejemplo, a través del manejo de la comunicación, el individuo puede descubrir el porqué de una situación y darse cuenta de que están implicadas otras personas y que sólo podrá resolverla con confianza en la medida en que exista una verdadera comunicación con los demás, reconociendo que muchas veces los temores, timideces e inseguridades son fruto de una carencia de escucha, entendimiento y confianza.
- d) El pensamiento autónomo. El método de aprendizaje también incluye el entrenar a la gente para que piense no en un sentido intelectual, sino de una forma práctica, por lo tanto, el saber actuar lo que se piensa y siente provoca que el poder de dicha acción posibilite el desarrollo de un pensamiento autónomo, ya que la acción es algo que uno vive y experimenta. Por ejemplo, existen

situaciones en la vida que son difíciles de explicar y comprender a través de la palabra, pero cuando se actúan o se ven actuadas, puede ser más comprensibles y claras.

- e) Las emociones. Su desarrollo, entrenamiento y control es básico en el aprendizaje teatral, por lo cual, hay que entender los sentimientos y las emociones explorándolos conscientemente para que se aprenda a conocer cuales son los mecanismos que despiertan cada emoción y así mantener un control sobre ellas sin reprimirlas. Por ejemplo, al experimentar sentimientos como el odio, la tristeza o el enojo es necesario mantenerlos en forma y saber controlarlos, ya que por el contrario pueden acabar encajándose dentro del cuerpo y manifestarse de una forma indebida cómo somatizándose, es decir, repercutiendo en males orgánicos.
- f) El sentimiento de grupo. El aprendizaje teatral implica el despertar y fortalecer en las personas el sentimiento de solidaridad, de unión con un grupo, con el fin de evitar la competitividad o el exhibicionismo. Por ejemplo, si hay un buen nivel de participación y de comprensión sabiamente canalizados por la persona al frente del grupo, si en el devenir de las sesiones y las experiencias se va alimentando la complicidad entre todos, es seguro que existirá equidad y compañerismo entre los miembros del grupo.
- g) El lenguaje. Debe existir el desarrollo del uso del lenguaje oral de una forma orgánica que implique la expresividad y el lenguaje corporal, ya que a través de esto, se aprende a analizar y reelaborar las expresiones y así eliminar las que no sirven al comunicar lo que se está sintiendo. Por ejemplo, el aprendizaje teatral

ejercita en la búsqueda de aquellas palabras que mejor expresan lo que se desea, que mejor conectan con la personalidad en la situación que se está viviendo, palabras que se vuelven realmente orgánicas y cargadas de sentido.

Es así como, los métodos teatrales impulsan a la persona a descubrir su propio potencial, a ser capaz de hacer, sentir o vivir cosas que no pensó, generándose a la vez una mayor comprensión de lo que pretende ser, por lo tanto, su forma de pensar, sentir y actuar se dirigen hacia la búsqueda del desarrollo de sus habilidades, las cuales deben estar en consonancia y armonía con la manifestación de sí misma, lo cual es una cualidad que deben poseer aquellas personas que se dediquen al teatro.

Debido a que el arte es la vida interpretada por y mediante la personalidad del artista cada uno de estos incluirá en su trabajo alguna faceta de su propio pensamiento, sentimiento e historia particular, seleccionará y subrayará aquello que quiere que el público sienta con el fin de que este vea la vida a través de sus ojos, (Wright, 1992.)

La creación escénica consistirá en plantearse grandes objetivos y una acción auténtica, creadora y orientada hacia un fin, para realizarlos. Stanislavski (1994) reconoce, que los objetivos deben cumplir ciertas condiciones para que realmente se hable de una creación:

- ▲ Deben estar dirigidos hacia los mismos artistas dedicados al teatro y no al público en general. Es decir, los artistas deberán estar relacionados con la obra y los interpretes de otros papeles para que así exista una conjunción entre todos.
- ▲ Serán objetivos del artista mismo como ser humano, análogos a los objetivos del papel. Por ejemplo, el artista tiene que reconocer sus necesidades como ser humano antes que como actor para que así, al encarnar un papel específico transmita lo que pretende.

- ▲ Deben ser creadores y artísticos, lo cual significa que ayuden a crear la vida del alma humana del papel y expresarla artísticamente. Esto significa, que a través de la actuación se debe interpretar la vida real pero, con más colorido, es decir, acentuando emociones y sentimientos.
- ▲ Deberán ser vivos, auténticos, activos, humanos, que alimenten el papel, y no teatrales, convencionales, muertos, sin relación con el personaje representado. Por ejemplo, los actores deben posesionarse del personaje que interpretan para que al actuar realmente experimenten lo que el personaje demanda y no solamente lo hagan para entretenimiento del espectador.
- ▲ Objetivos en los que pueden creer el mismo artista, sus compañeros y el espectador. Es decir, que al planear la realización de una obra se trate de crear una atmósfera que esté de acuerdo con la época, el estilo y todo lo que se quiera proyectar para que en el momento de llevarla a cabo se reciba lo que se espera.
- ▲ Deben ser atractivos que emocionen, capaces de estimular el proceso de la real vivencia. Es decir, que sean capaces de provocar en los espectadores emociones y sentimientos que muchas veces experimentan en la realización de sus actividades en la vida real.
- ▲ Deberán ser exactos, es decir, típicos del papel representado. Así, se relacionarán, no de un modo aproximado, sino absolutamente definido, con la esencia misma de la producción dramática.
- ▲ Los objetivos tendrán contenido y responderán a la esencia interior del papel y no se limitarán a la superficie de la obra. Por ejemplo, cada acto dentro de una

obra teatral debe estar claramente justificado así como las actitudes y conductas que los artistas deben tomar.

Analizando lo anterior, se observa que estos objetivos están dirigidos en primera instancia hacia las necesidades de los seres humanos y después hacia la de los artistas, por lo tanto, la creatividad y el reconocimiento de dichas necesidades darán origen a la creación escénica, la cual mantendrá la esencia de los artistas cómo seres humanos. De este modo, se reconoce que la cualidad importante y esencial de los objetivos radica en que sean atractivos para el propio artista, siendo necesario que le gusten e interesen para que quiera realizarlo, (Stanislavski, 1994.)

Para mostrar externamente la vida delicada y a menudo subconsciente de la naturaleza orgánica, es necesario contar con un aparato vocal y corporal sumamente sensible, que transmita con fineza, en forma instantánea y exacta las vivencias interiores. Por tal motivo, el artista debe preocuparse por el aparato interior, que crea el proceso de la vivencia y el aparato exterior, el corporal, que transmite fielmente los resultados de la labor creadora del sentimiento, (Stanislavski, 1994.)

Preciado (1991) habla, de cuatro pasos que los artistas deben seguir con el fin de lograr la conjunción del aparato interior y exterior dentro del proceso creativo:

- a) Percepción: El primer paso que debe cumplir el artista, es el de percibir la realidad que lo rodea y en la cual se encuentra inmerso recibiendo toda clase de estímulos externos o internos, físicos o psicológicos.
- b) Selección: La cual se realiza a partir de los estímulos recibidos, ya que al afectarles unos más que otros, los llevará a seleccionar la parte de la realidad que más les afecta para expresar sus opiniones mentales y viscerales sobre ella.

- c) Arreglo: El artista va a contar una historia, a narrar un suceso cuyo desarrollo le permitirá plasmar sus opiniones mentales y viscerales sobre el tema que ha seleccionado.
- d) Ejecución: El artista procede finalmente a desarrollar la anécdota en actos, cuadros, escenas, secuencias y trozos rítmicos.

Una vez establecida la forma en que el artista realiza los cuatro pasos del proceso creativo, se puede decir que está preparado para expresar sus emociones y sentimientos al exterior por medio de la puesta en escena.

Es importante señalar que al realizar el artista esta serie de pasos se debe considerar la importancia que tiene el cuerpo para llevarlos a cabo, ya que este es el instrumento a través del cual, expresará lo que desea transmitir, cómo: emociones, sentimientos, conductas, acciones y reacciones ante ciertas situaciones. Por lo tanto, el cuerpo ayuda a construir el trabajo de mesa en acciones sobre el escenario en la etapa de ensayos y en el momento de interpretar los personajes frente a un público que espera experimentar, analizar y juzgar todo lo que la actuación ofrece.

Debido a que el arte escénico es la copia de la verdad, de las costumbres sociales y la interpretación de las pasiones humanas; Ceballos (1993) reconoce que “la persona que quiera dedicar sus actividades al teatro debe poseer ciertas cualidades cómo: demostrar los sentimientos que desea exponer; aprender a decir, o sea, demostrar con la palabra los sentimientos que se exponen en la obra; saber leer con prioridad para dar colorido, sabor, vida, realce y amenidad a cada palabra, a cada oración y cada frase; debe vocalizar bien, para que el espectador no pierda la ilación de lo que se dice en escenario, saber caracterizar que significa, saber presentar al personaje tal como lo pide

la obra incluyendo expresión, acción y dicción adecuadas para que resulte copia de la verdad; debe saber de arte e historia universal, etc. (p.263.)

En un intento por explicar más a fondo las características que deben poseer los artistas, Ceballos (1993) describe algunos aspectos de la formación teatral.

- a) Creación de seres humanos por medio de la utilización de sí mismo, del ser humano que es, por lo cual, el artista es su propio instrumento dotado de un cuerpo, rostro, voz, cerebro, sus cinco sentidos físicos, su mente, sus recursos interiores y el nivel de conciencia que tenga su propia realidad.
- b) El trabajo creativo nace de la fantasía, pero debe volverse una realidad para el espectador, y lo que es más importante para sí mismo.
- c) Saber escuchar, lo cual se aprende a través de un monólogo interior (trabajo mental) y reaccionando (trabajo interior) a todos los estímulos recibidos.
- d) El “yo” es el elemento primordial del instrumento del artista, ya que lo ayudará a diferenciar entre la vida real y la vida teatral, por lo tanto, la tarea del artista será motivarse para creer en la fantasía y convencer al espectador de que la fantasía es una verdad, una realidad, una expresión teatral y una copia de la vida.
- e) La concentración como estado mental de profunda atención, la cual para lograrla se necesita el estímulo de un objeto abstracto creado por la mente y sobre ese objeto abstracto o imagen mental el artista creativo irá desarrollando un monólogo interior.
- f) Acciones físicas representadas por el lenguaje visual, lo cual significa que cada movimiento es una manifestación exterior de la vida interna así que, la actuación requiere que ambas partes, la interna y la externa, se unan.

- g) Acción mental, que se refiere a que un pensamiento provoca un movimiento y un movimiento provoca reacciones interiores, por lo tanto, el artista traduce la vida interior físicamente: forma, cuerpo, voz, un ser humano real o un personaje vivo teatralmente.
- h) La palabra debe ser considerada en la vida teatral, como una acción que comunica lo que se está sintiendo, pensando y deseando, ya que a través de ella se comunica la intención del texto.

Como se observa, la persona que se dedique al teatro debe tener temperamento, interés por el estudio, creatividad, espontaneidad, debe saber manejar emociones y sentimientos, debe saber expresarse y sobre todo, debe amar el arte, ya que si no es así es muy difícil que alcance niveles de excelencia con respecto al manejo de las técnicas teatrales, las cuales exigen ante todo la conservación de la propia personalidad.

Wright (1992) opina, que el teatro se forma a través de una combinación de comunicación, expresión y entretenimiento que ofrece la experimentación de una amplia variedad de sensaciones o experiencias tales como: reacciones emocionales, exaltación del espíritu, la confirmación de las propias convicciones o prejuicios personales, un análisis un concepto social, filosófico, político o religioso, la dramatización de historias o relatos parecidos o distinto de la propia vida y un entretenimiento que hace olvidar la vida cotidiana. De este modo, para obtener todo esto se necesita del trabajo de personas que estén dedicadas de lleno al ámbito teatral. Por lo tanto, toda producción teatral requiere una organización de alguna clase para ser representada con eficacia a través del lenguaje verbal y no verbal.

Heffner, Selden y Sellman (1980) afirman que “la organización teatral puede ser considerada desde dos puntos de vista: la de su totalidad, como una institución permanente y la de varios artistas y trabajadores que se requieren para la representación escénica” (p.17.)

Cualquiera de estas formas implica componentes que son necesarios a los efectos de la producción a la cual, Heffner, Selden y Sellman, (1980) definen, cómo el individuo, institución u organización responsable de la iniciación y financiación de la producción y de las gestiones para lograr que los varios componentes se unan en una organización que pueda actuar con la debida armonía. Tal organización ha variado de época en época pero aún así los componentes esenciales que la constituyen y que abarcan áreas en las que los artistas se pueden desarrollar son: la dirección, la escenografía, la dramaturgia y la actuación.

Con respecto a la Dirección, Jiménez y Ceballos (1985), la definen como la suma total de operaciones artísticas y técnicas que permiten que la obra, como fue concebida por el autor, cambie de abstracta, del estado latente del libreto escrito, a vida coherente y verdadera en escena.

Heffner, Selden y Sellman (1980) consideran, que el director tiene a su cargo toda persona que se relacione de algún modo con la producción de un espectáculo y que emplea la mayor parte de sus energías y tiempo con los actores. Así que, el director debe ayudar al actor no sólo en la creación del personaje, sino también en la adquisición y dominio de las técnicas de la representación para la interpretación del carácter del actor.

Jiménez y Ceballos (1985) afirman que “el director es el guía, maestro y soporte principal del actor, por lo cual, su tarea no es sólo mantener al actor disciplinado dentro

de los límites de su parte, sino también es la de entender las dificultades con las que se enfrenta el actor y enseñarle como resolverlas, utilizando tacto, autoridad y persuasión” (p.295.)

Por su parte, Wright (1992) considera, que el director es un creador intérprete y coordinador que traduce esos elementos en un todo armonioso, además de que satisface su particular necesidad de relacionarse con la gente en forma paternal y maternal altamente acentuada.

De esta manera, se reconoce que la Dirección es el conjunto de las tareas que se realizan en general para la representación de una obra teatral y donde el director tiene como principal función preparar y dirigir a los actores, además de coordinar el trabajo de otros técnicos y artistas del teatro.

Debido a que la representación teatral también implica la participación de aspectos visuales y auditivos es necesario destacar la importancia que tiene la Escenografía dentro de una puesta en escena.

Jiménez y Ceballos (1985) consideran, que la tendencia del diseño escénico va en dirección a la simplificación artística, a los efectos pictóricos, así cómo a la elección de los elementos que constituyen la decoración. De este modo, los escenógrafos preferirán un retrato inteligentemente interpretado y se esforzarán por evocar e insinuar más que por retratar.

La Escenografía es el conjunto de objetos y decorados de una obra teatral y el arte y técnica de realizarlos, (Diccionario Enciclopédico, 1985.)

Wright (1992) opina, que los diferentes técnicos que participan en la escenografía hacen lo necesario para apuntalar el espíritu de la obra, para proyectar el argumento y realzar la calidad de la producción. De esta manera, todos trabajan para lograr un mismo

objetivo, compartir una experiencia emocional al representar algún aspecto de la vida mediante sus propias personalidades y con la esperanza de entregarle al público una experiencia memorable.

Por lo tanto, se define escenógrafo al profesional a cuyo cargo está la creación de los decorados, vestuarios, amueblamiento e iluminación del escenario requerido siendo además quién tiene la responsabilidad de todo lo visual y lo gráfico de la representación teatral, (Heffner, Selden y Sellman, 1980.)

Con base en lo anterior, se puede decir que la Escenografía es el conjunto de decorados que forman parte de la representación teatral, el cual es creado a partir de las ideas y pensamientos de los artistas, todo con el fin de transportar al espectador a la época o situación que se pretende destacar.

Con respecto a la Dramaturgia, es importante señalar que ésta se basa en la creación de obras literarias que más adelante se llevarán a cabo en una puesta en escena. Welssman (1967) afirma, que el dramaturgo encuentra salida a sus sentimientos de omnipotencia y omnisciencia a través de sus creaciones originales, además de que crea pensamientos o representaciones verbales de acciones. Lo significativo es que el dramaturgo debe contener sus tendencias personales hacia la acción y debe reorientar esta tendencia dentro de sus creaciones intentando conscientemente, reflejar sus opiniones particulares, sus evaluaciones sensitivas y buscando soluciones originales a diversos aspectos de su mundo creado.

El dramaturgo, relata la historia dentro del marco escogido por él, en el cual los personajes, el diálogo y el tema se deforman para mostrar la vida tal como él la ve, (Wright, 1992.)

Es así como se reconoce que la dramaturgia no es sólo el acto de escribir un texto, sino más bien es un arte que implica el significado escénico de cada obra, ya que a través de ella el dramaturgo expresa lo que está sintiendo quedando así, al descubierto lo que quiso dar a entender en el momento de crear una historia.

Cabe señalar que la diferencia existente entre dramaturgia y actuación es que el dramaturgo se encarga de escribir las obras literarias redactando la historia en los matices que desea expresar por medio de las líneas y de su experiencia, y el actor es el encargado de comprender el sentido de la obra escrita para que así pueda interpretar por medio de su actuación los elementos y actitudes que el dramaturgo quiso dar a entender a través de su obra.

Considerando a la actuación, González (1986) reconoce, que ésta implica jugar el papel de otra persona que activa una respuesta imaginaria del propio individuo ante una situación determinada, ante otra persona o ante uno mismo.

Heffner, Selden y Sellman (1980) afirman, que la principal función de los actores en la representación de una obra es interpretar los papeles de los diversos agentes en la acción ya que con su completa preparación y dominio de la técnica les permite tener una amplia representación.

Jiménez y Ceballos (1985) opinan, acerca del papel del actor refiriéndose a que éste debe ser bastante "atractivo", tener una buena voz, movimientos bien aprendidos y cara dura ya que reconocen que al salir al escenario se enfrenta a una lucha de sistemas interpretativos que decidirán la obtención del éxito en el momento de actuar.

Preciado (1991) menciona, que actuar es la capacidad que una persona tiene para reaccionar con autenticidad, orgánicamente a estímulos falsos y/o previamente conocidos. También es la capacidad que esa persona tenga para presentar su

organismo a un personaje, para que éste pueda tener vida propia “encarnado” en el organismo del actor (p.46.)

Wright (1992) considera, que actuar es el arte de crear una ilusión de naturalidad y de realidad que va de acuerdo con el género de la obra, el estilo, el espíritu y el propósito de la producción, y con la época y personaje representados. El actor, crea su papel en función de sus propias cualidades físicas, emocionales, vocales e intelectuales. Por lo tanto, en su calidad de artista, el actor es único, porque es su propio instrumento. Sus recursos son él mismo, su talento, y su capacidad para desarrollar ambos así que, debe trabajar con y por medio de su propio cuerpo y apariencia, ya que esto le da una cualidad personal, además de que debe soportar estudios arduos y ejercicios aburridos; debe tener voluntad suficiente para desarrollar el cuerpo, ya que sus movimientos deben estar coordinados y armonizar con el personaje representado, tiene que ser claro, lógico, interesante y ha de tener un propósito y significado definido.

De este modo, se reconoce que la Actuación es una técnica que permite a los actores expresar el conjunto de emociones y sentimientos que experimentan cuando se transforman en diversos personajes, ya que su mayor necesidad está en encarnar a todos aquellos que les permitan transmitir su talento por medio de su cuerpo, su voz y sobre todo de su interpretación.

Ser un buen actor no es tarea fácil, para ello se necesita dedicación, esfuerzo y entrenamiento en las principales técnicas utilizadas principalmente en la actuación. Es así cómo el método Stanislavski fue diseñado para utilizarse en el desarrollo actoral, ya que proporciona bases y técnicas por medio de las cuales el aspirante a actor serán capaz de representar cualquier tema de una obra teatral.

Preciado (1991) describe las partes de dicho método:

- 1) Lenguaje visual. Se denomina así, al instrumento de comunicación entre artistas y público, que está referido al sentido de la vista. Por lo tanto, es todo movimiento corporal o posición estática que un actor realiza sobre el escenario.
- 2) Lenguaje oral. Es un instrumento de comunicación entre actores y público que está referido al sentido del oído y por medio de él las palabras se convierten en signos que proyectan básicamente imágenes mentales, pensamientos, ideas y conceptos.
- 3) Lenguaje de concentración. Por medio de este lenguaje, el actor construye los patrones de conducta y de actitud que adoptará el personaje, los círculos de atención que creará y los ámbitos en los que se moverá y accionará para lograr sus objetivos.
- 4) Lenguaje de pensar y sentir. A través de él se trabajan las intenciones del personaje que implican las razones y motivos para dar satisfacción al artista en el momento de actuar.
- 5) Análisis. Significa que el actor debe conocer el tema que el autor propone, la anécdota que lo desarrolla, así como el estilo objetivo y subjetivo de la obra, la corriente en la que se inserta y el género al cual pertenece. Después debe establecer con precisión el papel que va a jugar dentro del montaje de la obra, para lo cual debe encontrar los recursos técnicos que va a utilizar para lograr su objetivo; cumplir con eficacia dentro del contexto integral del montaje.

La actuación implica el aprendizaje y manejo de técnicas que ayudarán a proyectar aquello que se quiere y debe para que los espectadores experimenten las emociones y sentimientos esperados por lo tanto, se puede decir que para lograrlo el actor tiene que

adquirir imaginación que implique la capacidad de penetrar en la personalidad de muchos individuos diferentes, ya que la principal técnica del actor son los medios y procedimiento que elige y perfecciona con el fin de representar la personalidad imaginativa del papel.

Muchos artistas pueden alcanzar popularidad debido a su personalidad, apariencia física o encanto, más que por su talento o su actuación imaginativa, por lo tanto, los actores deben reconocer que ellos son su propio instrumento por medio del cual deben trabajar su voz, apariencia, plasticidad, caracterización, restricción y control de movimientos, hábitos y su propia cualidad personal sometiéndose a ejercicios arduos y aburridos para que así, dominen sus facultades intelectuales, emocionales y corporales y logren brindar a los espectadores una satisfacción al observarlos convirtiéndose en un deleite para el público en general.

M É T O D O

En forma general se reconoce que los trastornos de la conducta alimentaria son problemas que afectan a adolescentes y particularmente a la juventud.

Existen diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los trastornos de la conducta alimentaria, pero la tendencia general puede deberse en parte a décadas de presión social sobre los individuos para adaptarse a modelos estéticos basados en una delgadez extremada. Las normas culturales a favor de la delgadez y el control del peso son aceptadas de forma tan general y en un grado tan extremo que las actitudes y conductas requeridas para un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria no son consideradas por la mayoría de la gente como algo anormal, (Garner, 1998.)

Los casos de trastornos de la conducta alimentaria pueden ser todavía más frecuentes en las personas más expuestas a presiones para mantener una figura delgada. Estos se manifiestan por pertenecer a un grupo donde, uno de los requisitos primordiales es la estética corporal y es necesario iniciar un plan de alimentación con actividades físicas para poder alcanzar dicho requisito, por ejemplo, entre estudiantes de carreras universitarias en donde su físico es parte primordial para desarrollar una profesión como el ballet, la danza, la lucha, la natación, el patinaje, la gimnasia, etc., considerando además la influencia social que existe con relación a la delgadez. Este tipo de personas se clasifican dentro de un estereotipo muy estricto basado en ciertas características particulares con respecto a su peso, el cual debe estar en ocasiones por debajo de su peso ideal con respecto a su estatura, por lo tanto, se debe tener una alimentación específica así como rutinas de ejercicio físico para no salirse de las normas establecidas para la actividad que se practique.

Las personas dedicadas al Teatro tienen su cuerpo como herramienta principal que utilizan para proyectar toda la gama de emociones que los espectadores deben sentir al verlos actuar. Pueden llegar a tener una preocupación excesiva por mantenerse en forma y estar delgados con el fin de sentirse admirados y seguros de sí cuando están frente a los espectadores. Como la figura corporal delgada es un modelo físico establecido actualmente en la sociedad, las personas que incursionan en esta área deberán tener un conocimiento previo de que dicho estereotipo es necesario para desarrollarse en este medio.

Garner (1998) menciona, que para comprender de forma completa el fenómeno de los trastornos de la conducta alimentaria hay que tener en cuenta los factores que predisponen a los estudiantes de teatro a padecerlos, principalmente la variedad de experiencias que interactúan con esos factores para provocar la aparición de los síntomas, como en la etapa de la juventud donde se inicia la incursión al ámbito laboral; esto puede influir para que los jóvenes traten de cumplir con el estereotipo de delgadez establecido que les ayudará a tener una mejor oportunidad de trabajo, las variables que favorecen la permanencia del problema (biológicas, psicológicas e interpersonales), y las variaciones de cómo se van presentando los síntomas.

Diferentes investigaciones han encontrado que los factores que ayudan al inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen aspectos biológicos, psicológicos y familiares. Dentro de la prevalencia de los factores de riesgo que pueden conducir a trastornos de la alimentación con graves consecuencias en la vida de quién las padece se encontraron los asociados con la imagen corporal y con la conducta alimentaria, aquellos relacionados con el cuerpo biológico y con prácticas compensatorias, (Ortiz, 2002.)

Debido a la importancia que la sociedad le ha dado al aspecto estético en lo que respecta al ámbito del teatro es importante conocer las causas y consecuencias que llevan a una persona a tener un cambio de actitud que desemboca en un trastorno de la conducta alimentaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La presente investigación trabajó mediante un estudio exploratorio, si existían y cómo se manifestaban los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Teatro de ambos sexos con edades entre 17 y 33 años.

- **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Esta investigación fue importante para conocer de que manera se manifiestan o no, los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Teatro, lo cual puede provocar un desajuste en los intereses, hábitos y estilo de vida de los sujetos.

OBJETIVO GENERAL.

Comparación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Teatro de ambos sexos con edades entre 17 y 33 años.

- **OBJETIVOS PARTICULARES.**

- 1) Detectar la influencia de los antecedentes familiares, los intereses personales, los hábitos y la autopercepción, así como la existencia de trastornos de la conducta alimentaria en los factores personal, social y corporal, en estudiantes de teatro de ambos sexos con edades entre 17 a 33 años.
- 2) Comparar si existen diferencias de los trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Teatro de acuerdo al tipo de Institución.

- 3) Especificar si existen diferencias significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al turno.
- 4) Identificar si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria entre hombres y mujeres que estudian teatro.
- 5) Investigar si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro conforme avanza la edad.
- 6) Reconocer si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al índice de masa corporal.
- 7) Distinguir si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al nivel socioeconómico.
- 8) Comprobar si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al estado civil de los padres.
- 9) Determinar si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al año escolar que cursan.
- 10) Demostrar si existen diferencias significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro de acuerdo al área.

- **HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

Los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción y los factores de tipo personal, social y corporal, participan en la manifestación de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Teatro, considerando el tipo de Institución, turno, sexo, conforme avanza la edad, el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y áreas.

- **HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.**

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Teatro de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, factores de tipo personal, social, corporal, tipo de Institución, turno, sexo, conforme avanza la edad, en el índice de masa corporal, en el nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y áreas.

Hi: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Teatro de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, factores de tipo personal, social, corporal, tipo de Institución, turno, sexo, conforme avanza la edad, en el índice de masa corporal, en el nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y áreas.

- **VARIABLES.**

VARIABLE INDEPENDIENTE.

-Antecedentes Familiares

-Intereses personales

-Hábitos

-Autopercepción

-Factores de tipo personal, social y corporal.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Trastornos de la conducta alimentaria

VARIABLES ATRIBUTIVAS.

- Institución
- Turno
- Sexo
- Edad
- Índice de Masa Corporal
- Nivel Socioeconómico
- Estado Civil de los Padres
- Año Escolar
- Área

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.**

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Antecedentes Familiares: Acción, dicho o circunstancia anterior, de tipo familiar, que sirve para juzgar hechos posteriores, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Intereses Personales: Conveniencia o necesidad de carácter personal, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Hábitos: Modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Autopercepción: Sensación interior, impresión material hecha en los sentidos por uno mismo, (García-Pelayo, 1986.)

Factor personal: Dimensión que alude a los aspectos personales del sujeto, (Garner, 1998.)

Factor social: Dimensión que alude a los aspectos sociales y de interacción del sujeto, (Garner, 1998.)

Factor corporal: Dimensión que alude a los aspectos de atención al propio cuerpo, (Garner, 1998.)

VARIABLE DEPENDIENTE.

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios que se clasifican de acuerdo con las conductas, con las consecuencias que éstas conductas producen sobre las esferas física, emocional, social y con el resultado final, que es la adaptación o muerte, (Palma, 1997.)

Anorexia Nerviosa: Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total; a pesar de que los individuos empiezan a excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. También recurren a otras formas de perder peso como la utilización de purgas (vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio físico, (DSM-IV, 1996.)

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, existiendo una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales, (DSM-IV, 1996.)

Bulimia Nerviosa: Consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias

inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, (DSM-IV, 1996.)

Obesidad: No es conveniente definir la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria porque no existen pruebas concluyentes de que los obesos coman mucho más que los que no lo son. Además la obesidad no esta considerada como una trastorno de la conducta alimentaria por la APA (American Psychiatric Association,1987), sin embargo, es cierto que algunos obesos adoptan modelos de conducta consistentes en hacer dietas muy estrictas mezcladas con algunos atracones de comida esporádicos, (Garner, 1998.) La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal, (Saldaña y Rossell, 1988.)

Sobrealimentación Compulsiva: Este término se utiliza para identificar los casos en los que se come de forma exagerada pero sin que se produzcan vómitos voluntarios ni abuso de las purgas, (Garner, 1998.)

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos: Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, (DSM-IV, 1996.)

- a) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- b) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- c) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- d) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- e) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- f) Trastorno Compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

VARIABLES ATRIBUTIVAS.

Institución: Establecimiento o fundación de una cosa, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Turno: Se aplica a la persona o cosa a la que corresponde actuar en un momento determinado, según la alternativa previamente acordada, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Sexo: División biológica de los animales y los organismos humanos con base en su papel reproductivo, (Wolman, 1993.)

Edad: Desarrollo mental o atómico de una persona que se mide por el número de años, (Wolman, 1993.)

Índice de Masa Corporal: Índice de constitución física que agrupa a los individuos de acuerdo con el valor obtenido al multiplicar cien veces su altura y dividirlo entre seis veces su diámetro torácico transversal, (Wolman, 1993.)

Nivel Socioeconómico: Valoración cuantitativa y objetiva de la manera de vivir de una nación o grupo social, (García-Pelayo, 1986.)

Estado Civil de los padres: Condición de los padres en relación con los derechos y obligaciones civiles, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Año Escolar: Número de año(s) cursado(s) de su carrera, (Cruz Jiménez, 2005.)

Área: Influencia del actor para ejercitar y/o dedicarse algún rubro específico de su carrera (Cruz Jiménez, 2005.)

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.**

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Antecedentes familiares, Intereses personales, Hábitos y Autopercepción: Son las respuestas al Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social: Son las respuestas al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2.)

VARIABLE DEPENDIENTE.

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Es la presencia o no de rasgos de trastornos alimenticios en estudiantes de teatro.

VARIABLES ATRIBUTIVAS.

Institución: Colegio de Literatura Dramática y Teatro de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM y Escuela Nacional de Arte Teatral del INBA.

Turno: Matutino y Vespertino.

Sexo: Femenino y Masculino.

Edad: De 17 a 33 años.

De acuerdo a las etapas de desarrollo se dividen en:

17 a 20 años → Período Final de la Adolescencia, (Poblano y Trigueros, 2000.)

21 a 33 años → Edad Adulta temprana, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Índice de Masa Corporal.

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Los rangos establecidos para el IMC son:¹

IMC	TIPO
15 – 18.9	BAJO PESO
19 – 22.9	PESO NORMAL
23 – 27	SOBREPESO
> 27	OBESIDAD

Nivel Socioeconómico: Muy bajo, bajo, medio-bajo, medio-medio, medio-alto y muy alto.

Estado Civil de Padres: Madre soltera, padres casados, padres en unión libre, padres separados y/o divorciados, y padres viudos.

Año Escolar: Primero, segundo, tercero y cuarto.

Área: Escenografía, actuación dirección, dramaturgia y tronco común.

- **POBLACIÓN.**

De una población de 900 estudiantes de Teatro a nivel Distrito Federal (ANUIES, 2003), se obtuvo una muestra del 27% de estudiantes de ambos sexos con edades de 17 a 33 años.

- **TIPO DE MUESTRA.**

El tipo de muestra fue no probabilística, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se buscaron para esta investigación puesto que los sujetos seleccionados para la aplicación del instrumento debieron estudiar la carrera de Teatro y tener una edad entre 17 y 33 años, (Hernández, 1991.)

¹ Poblano A. Cecilia y Trigueros V. Perla Alicia. (2000.) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de población adolescente masculina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. p. 88.

- **TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio Exploratorio: Descubre las variables significativas en escenarios de campo, descubre relaciones entre variables y establece la base para una prueba de hipótesis posterior, más sistemática y rigurosa, (Kerlinger, 1994.)

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Es transeccional descriptivo ya que el estudio tuvo como objetivo indagar la incidencia y valores que se manifiesten en una o más variables. Por lo tanto en el estudio evaluó si existían trastornos de la conducta alimentaria y el procedimiento consistió en medir entre los subgrupos dados, este diseño permitió observar, y analizar la incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri, 1998).

- **SUJETOS.**

Estudiantes de teatro con una edad de 17 a 33 años, de ambos sexos hasta completar un número de 262 aplicaciones de las cuáles se omitieron 14 debido a que no fueron llenados sus datos adecuadamente, quedando un total de 248 aplicaciones para la investigación final.

- **INSTRUMENTOS.**

- 1. El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria está integrado por dos Subescalas, la de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la de Hábitos y Auto percepción.**

Nombre: Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, (Ver Anexo 1.)

Autores: Mercado Márquez y Cadenas Esponda (2003.)

Objetivo: Conocer antecedentes e influencia familiar y social que le proporcionen a las personas estilos alimenticios e intereses sobre temas relacionados con la figura corporal, con el fin de mantener un ideal de peso, para sentir que cumplen con las exigencias impuestas por la sociedad con respecto a dicha imagen y sentirse aceptado por los demás.

Aplicación: Colectiva.

Tiempo de Aplicación: 15 minutos aproximadamente.

Edad de Aplicación: De 17 a 33 años.

Significado: El Cuestionario se divide en dos partes.

- 1) Ficha de Identificación: Que trata de recabar información con respecto a los datos personales del sujeto. Las variables que se utilizan son: Nombre, Fecha, Sexo, Edad, Peso y Estatura, Tipo de Institución, Estado civil de los padres e Ingreso mensual.
- 2) Preguntas: Son 15 relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, los cuáles son: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad, Sobrealimentación Compulsiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos y además, evalúa 2 Subescalas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, las cuales son: Subescala 1: Antecedentes Familiares e Intereses Personales que consta de los reactivos, 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; la Subescala 2: de Hábitos y Autopercepción, que consta de los reactivos: 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14 y 15.

Forma de Calificación de la Prueba: Los sujetos encerraron en un círculo la opción elegida de acuerdo a lo que indicó cada pregunta.

Los valores de las puntuaciones otorgadas fueron del 1 al 6.

El valor que tuvo la opción a) en todos los reactivos excepto en el 7, 9, 12, 14 y 15 fue de 2; para la b) fue de 3, excepto en los reactivos 2 y 9; para la c) fue de 4, excepto en los reactivos 2, 5, 12, 14 y 15; para la d) fue 5 excepto en los reactivos 2, 3, 5 y 7; para la e) fue de 6 en los reactivos 6 y 10 y valor 1 en los reactivos 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 15 y para la opción f) fue de 1 en los reactivos 6 y 10.

Las opciones estuvieron asignadas de acuerdo con el tipo de trastorno alimentario que evaluaban como la anorexia nerviosa (a) en los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, y 13, (b) en el reactivo 9, (c) en los reactivos 12, 14 y 15 y (d) en el reactivo 7, la bulimia nerviosa (b) en los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, (c) en el reactivo 2 y (a) en el reactivo 9, la obesidad (c) en los reactivos 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 13, (d) en los reactivos 2 y 5, (a) en los reactivos 12, 14 y 15, la sobrealimentación compulsiva (d) en los reactivos 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, (b) en los reactivos 2 y 3, (c) en el reactivo 5 y (a) en el reactivo 7, los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (a) ó (b) en los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 13, (a) ó (c) en el reactivo 2, (d) ó (b) en el reactivo 7 y (c) ó (b) en los reactivos 12, 14 y 15 y sin rasgos de trastorno alimentario (e) en los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y (f) en los reactivos 6 y 10.

Debido a que los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos no tienen un patrón de conducta determinado, su respuesta oscilo entre las opciones a, b, c y d es decir, que estos presentan trastornos de la conducta alimentaria tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa.

Las opciones (e) y (f) determinaron que no existía ningún trastorno de la conducta alimentaria, la cuales estuvieron presentes en los siguientes reactivos: 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 15.

En la tabla 1 se muestra la forma en que se distribuyeron las opciones de acuerdo a cada trastorno, así como el valor que se le otorgó a cada una de ellas.

Reactivos	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		Obesidad		Sobrealimentación Compulsiva		TCA No Específicos				Ninguno	
	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
1	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
2	a	2	c	3	d	4	b	5	a	c	2	3	e	1
3	a	2	b	3	c	1	b	3	a	b	2	3	c	1
4	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
5	a	2	b	3	d	4	c	5	a	b	2	3	e	1
6	a	2	b	3	c	4	d	5	e	6	6	f	1	
7	d	2	b	3	c	4	a	5	d	b	2	3	e	1
8	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
9	b	2	a	3	c	4	d	5	b	a	2	3	e	1
10	a	2	b	3	c	4	d	5	e	6	6	f	1	
11	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
12	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1
13	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
14	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1
15	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1

TABLA 1

La Confiabilidad, se obtuvo a través del alpha de Cronbach y la validez factorial por el método varimax. A continuación se muestran los valores en la tabla 2 de dicho instrumento para validez y confiabilidad.

Características Técnicas del Instrumento		
Instrumento	Confiabilidad	Validez
Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria	0.745	0.795
Antecedentes Familiares e Intereses Personales	0.553	0.835
Hábitos y Autopercepción	0.600	0.999

TABLA 2

Validez: Se maneja de dos tipos, la validez de contenido y de constructo. La validez de contenido en este Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria, se basó en el diseño y análisis de los ítems averiguando su grado de relación con el objetivo del estudio en una muestra de 60 sujetos, que nos permitió modificar, eliminar, sustituir o reordenar los ítems, corroborando que su contenido fuera satisfactorio, de acuerdo con la correlación empírica del juicio de 15 psicólogos expertos en trastornos de la conducta alimentaria. Por lo cual el Cuestionario es válido para los fines pretendidos. Los

reactivos se elaboraron con base en la revisión teórica de autores como: Braguinsky y cols. (1996), Creff y Herschberg, (1981), French (1999), García (1993), Goldman (1994), Hales, Yudofsky y Talbott (2000), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), Ortiz (2002), Palma (1997), Saldaña (1994), Saldaña y Rossell (1988), Sánchez y Mojica (1998), Saucedo (1996), Sherman y Thompson (1999), Spangler (1999), Szmukler, Dare, Treasure (1995), Tannenhaus (1999), Toro y Vilardell (1989), Toro (1999), y Turón (1997), no considerados en el EDI-2.

Este Cuestionario está diseñado con ítems que se relacionan con situaciones directas como antecedentes familiares, intereses, hábitos y percepciones conectadas con trastornos de la conducta alimentaria. El material es adecuado con los objetivos de estudio de la presente investigación. El fin del Cuestionario es averiguar las características actuales de los estudiantes de teatro en cuanto trastornos de la conducta alimentaria. Es decir, si discrimina entre sujetos con o sin trastornos de la conducta alimentaria, en igualdad de características vocacionales. Hablamos en este caso de validez concurrente.

Esto se explica por medio de la importancia que le puede dar la familia al aspecto físico teniendo este una tendencia hacia la delgadez, lo cual es reforzado con los ideales de figura marcados por la sociedad ocasionando un cambio en los valores de la persona con respecto a sus ideales primordiales y después de que ésta ha interiorizado las creencias que la sociedad y la familia manejan relacionados con la delgadez puede empezar a percibirse con una figura corporal contraria a la que es aceptada por los demás, provocando esto una búsqueda de medios que le ayuden a conseguir la figura anhelada sin importar el cambio de sus hábitos alimenticios para sentirse aceptada.

Las Subescalas que se diseñaron son:

Subescala 1. Antecedentes Familiares e Intereses Personales.

Objetivo. Evaluar los antecedentes e influencias familiares que determinan los trastornos de la conducta alimentaria, así como los intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura.

Actualmente la sociedad mantiene ideales de estereotipos físicos extremadamente irreales que se pueden observar a través de la imposición de las modas con respecto a tener un cuerpo delgado y bien proporcionado lo cual, causa frustración al no alcanzarse; además de que se asocia la imagen física con el éxito personal. Esto se relaciona con lo que planteo Maslow (1954), respecto a la necesidad de autorrealización que tienen los individuos, los cuales buscan tener una estabilidad personal que los haga sentir satisfechos con sus metas alcanzadas. Dichas metas están basadas en las creencias que cada persona desarrolla a lo largo de su vida, por lo tanto, difieren entre un individuo y otro, (Johnmarshall, 1995.)

Para llegar a una autorrealización las personas deben satisfacer otras necesidades que secuencialmente van de abajo hacia arriba, por lo tanto, antes de que una persona busque la valoración y la autorrealización, deberá tener antes las necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y valoración satisfechas, (Johnmarshall, 1995.)

Se debe iniciar por la satisfacción de las necesidades fisiológicas como el hambre, sed y sexo ya que son necesarias para la supervivencia y son las más fuertes y urgentes de satisfacer ya que si sólo una de ellas permanece sin satisfacer puede dominar a las demás.

Una vez que se han satisfecho las necesidades fisiológicas humanas, se hacen aparentes las necesidades de sentirse protegido, libres de peligro y de seguridad; así,

los adultos desean empleos estables, cuentas de ahorro, seguros y pueden adoptar religiones para organizar sus vidas que les proporcione sensación de seguridad. Cuando se logran las necesidades de seguridad surgen las de afecto, intimidad y pertenencia; la gente busca amar y ser amada y si se han satisfecho las necesidades de afecto dominan las necesidades de ser querido por uno mismo y por otros. Los individuos quieren ser valorados en su comunidad, en su trabajo y en su hogar y desean respetarse a sí mismos.

Por último, cuando estas necesidades son satisfechas las personas buscan la autorrealización; luchan por desarrollar sus potenciales y alcanzar sus ideales, (Johnmarshall, 1995.)

En algunas personas puede existir una creencia influida por la sociedad en la que se vive, acerca de que la belleza física esta determinada por un peso bajo y que el ideal físico es el de una figura muy delgada, por lo tanto, el triunfo en la vida se ve compensado al presentar ese ideal de peso y figura.

Dichas creencias se desarrollan en las personas como resultado de la influencia de los hábitos alimenticios e ideas inculcadas por la familia dirigidas a la idea de tener una figura corporal delgada, relacionándola con el éxito; también pueden influir el grupo social al que pertenecen estas personas que le dan demasiada importancia al aspecto físico basado en la delgadez, es muy probable que para pertenecer a un grupo se debe cumplir con características físicas impuestas para no sentirse rechazado. Otras causas que pueden provocar dichas creencias son los medios de comunicación al relacionar la delgadez con la belleza y la influencia de la sociedad que participa por medio del rechazo a la obesidad y el reforzamiento positivo al tema de la delgadez; lo cual trae como consecuencia que para poder alcanzar el ideal corporal, la realización de dietas y

ejercicio y la utilización de productos adelgazantes se conviertan en los temas de interés primordial de algunas personas.

El entorno familiar es de vital importancia para el desarrollo del individuo porque influye en la formación de su personalidad y en la forma de adquirir los conocimientos como hábitos, modelos de vida, valores, etc. Esto puede influir en los individuos para que adopten conductas normales o anormales para controlar o descontrolar su forma de comer y percibir su imagen corporal considerados como modelos de la familia. Por ejemplo, si los integrantes de dicha familia le dan demasiada importancia a conductas relacionadas con la alimentación. Por este motivo, es necesario evaluar las características que se presentan en la dinámica familiar, ya que esta influye no sólo en el desarrollo del individuo si no también puede desencadenar una variedad amplia de síntomas a nivel conductual e ideacional.

Subescala 2. Hábitos y Autopercepción.

Objetivo: Conocer hábitos personales alimenticios relacionados con el interés por la figura corporal, así como saber el concepto que tienen las personas de su imagen corporal.

Las personas pueden modificar sus estilos de vida a causa de las modas que implican un tipo de vestimenta y un tipo de formas con respecto al cuerpo con el fin de cumplir con lo que está establecido en ese momento; por lo cual pueden adquirir nuevos hábitos relacionados con métodos que les ayuden a reducir de peso y a lograr tener la figura corporal que anhelan. Dichos hábitos pueden ser las dietas, el ayuno, el ejercicio físico, colección de artículos de dietas, utilización de productos adelgazantes y consumo de productos light. Así, la delgadez se transforma en un modelo social que a la vez es vendido con gran insistencia por los medios de comunicación. De este modo, si una

persona percibe que no tienen una figura corporal delgada o no cumple con lo establecido por la moda recurre al cambio de hábitos extremos y de todo aquello que le ayude a obtener la figura corporal que busca a pesar de poder atentar contra su propia salud pudiendo surgir con esto un trastorno de la conducta alimentaria (Ver Tabla 3).

Reactivos	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	Obesidad	Sobrealimentación compulsiva	Trastornos no específicos
1,4, 6,8,10,11,13	a	b	c	d	a o b
2	a	c	d	b	a o c
3	a	b	c	b	a o b
5	a	b	d	c	a o b
7	d	b	c	a	d o b
9	b	a	c	d	a o b
12,14,15	c	b	a	d	c o b

TABLA 3

2. El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) que evalúa once Subescalas.

Nombre: EDI-2, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. (EDI-2, Eating Disorder Inventory-2.) (Ver Anexo 2.)

Autor: David M. Garner, Ph.D.

Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

Adaptación española: Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.)

Aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 20 minutos aproximadamente. No está limitado.

Edad: De 11 años en adelante.

Significado: Evalúa 11 Subescalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN.)

Tipificación: Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

Confiabilidad Consistencia Interna: Uno de los criterios para seleccionar las Subescalas de la versión definitiva del EDI es su consistencia interna (alfa de Cronbach), que es superior a 0.80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los coeficientes de fiabilidad (alfa) fueron de entre el 0.83 y el 0.93 en las Subescalas originales en muestras de pacientes y fueron recalcados con la muestra actualizada, (Garner, 1998.)

Confiabilidad Test-Retest: La utilidad del método test-retest ha sido puesta en duda, tanto desde el punto de vista teórico como por razones prácticas (Nunnally, 1978), pero no puede negarse que da una información útil sobre la estabilidad de rasgos que presumiblemente son de naturaleza relativamente estable. La obtención e interpretación de los coeficientes de fiabilidad test-retest debe hacerse con precaución porque en el retest pueden intervenir diversas variables perturbadoras como enfermedades, recuerdo de las respuestas dadas con anterioridad y fluctuaciones en el estado psicológico, (Garner, 1998.)

Se han hecho diversos estudios de este tipo con el EDI en muestras no clínicas.

Los resultados se muestran en la tabla 4.

CONFIABILIDAD					
CARACTERÍSTICAS	CONSISTENCIA INTERNA		TEST-RETEST		
	Pacientes de *AN-R, AN-B y BN N=889	Garner y Olmsted (1984) N=155	Welch (1988) una semana N=70	Crowther et al. (1990) Un año N=282	
Obsesión por la delgadez	0,83	0,86	0,85	0,92	0,72
Bulimia	0,86	0,88	0,79	0,90	0,44
Insatisfacción corporal	0,92	0,90	0,95	0,97	0,75
Ineficacia	0,90	0,93	0,92	0,85	0,55
Perfeccionismo	0,80	0,85	0,86	0,88	0,65
Desconfianza interpersonal	0,84	0,85	0,80	0,81	0,60
Conciencia introceptiva	0,83	0,83	0,67	0,85	0,41
Miedo a la madurez	0,83	0,89	0,84	0,65	0,48

*AN-R = Anorexia Nerviosa Restrictiva

AN-B = Anorexia Bulímica

BN = Bulimia Nerviosa

TABLA 4

La consistencia interna de las tres Subescalas adicionales del EDI en una muestra de control (N = 205) y otra de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (N = 107) se presenta a continuación (Ver tabla 5). El coeficiente alfa es algo más bajo en la Subescala de Ascetismo, principalmente en el grupo de control, lo que puede deberse a que el rango de respuestas en este caso es inevitablemente limitado, (Garner, 1998.)

SUBESCALAS	Muestra Clínica	Muestra de Control
Ascetismo	0.70	0.44
Impulsividad	0.77	0.79
Inseguridad social	0.80	0.80

TABLA 5

Validez: La correlación media entre los elementos y sus Subescalas fue de 0.63, lo que indica un alto grado de varianza común entre los elementos de cada Subescala.

Forma de Calificación de la Prueba: Los sujetos contestan en una escala de 0 a 5, según que el comportamiento que describe el elemento le ocurra.

En la forma de calificar las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de cero a tres y se da un tres a las respuestas extremas en la dirección sintomática (“siempre” o “nunca” según que el elemento esté redactado en sentido positivo o negativo en relación con lo que evalúa la variable.) Se atribuyen dos puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y un punto a la siguiente. Las tres opciones más alejadas o asintomáticas reciben cero puntos. En los elementos redactados en sentido negativo las puntuaciones se invierten.

Estos valores se explican en la tabla 6:

Frecuencias	Valor de cada situación en la hoja de respuestas	Calificación de reactivos Positivos	Calificación de reactivos Negativos
Nunca	0	0	3
Pocas Veces	1	0	2
A veces	2	0	1
A menudo	3	1	0
Casi siempre	4	2	0
Siempre	5	3	0

TABLA 6

Los reactivos están redactados en dos formas. En forma positiva, son los reactivos que están relacionados con características que se presentan cuando existe algún trastorno de la conducta alimentaria. En forma negativa, son los reactivos que describen características relacionadas con seguridad, aceptación de sus propias capacidades e imagen corporal y relaciones interpersonales satisfactorias. Ver tabla 7.

Reactivos Positivos	Reactivos Negativos
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90	1, 12, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 37, 39, 42, 50, 55, 57, 58, 62, 69, 71, 73, 76, 80, 89, 91

TABLA 7

Cada elemento participa en una sola de las Subescalas de la prueba y la puntuación directa de cada Subescala se obtiene sumando los puntos atribuidos a los elementos de la misma.

Descripción General: El EDI-2 es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación que ofrece puntuaciones en 11 Subescalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos a los que se contesta en una Subescala de seis puntos y en las que los sujetos deben indicar si cada

situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre”, “siempre”.

El instrumento original que data de 1983, incluía tres Subescalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal) y otras cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva y Miedo a la Madurez), (Garner, 1998.)

La versión revisada del EDI, (EDI-2) mantiene los 64 elementos originales y añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas Subescalas adicionales: Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social debido a que los trastornos de la alimentación son multidimensionales y tienen causas múltiples, (Garner, 1998.)

Descripción de las Subescalas del EDI-2: La prueba consta de 91 reactivos que se agrupan en 11 Subescalas.

1) Obsesión por la Delgadez (DT.)

Este constructo fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la “búsqueda incesante de la delgadez” como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Los elementos de ésta Subescala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49.

2) Bulimia (B.)

La Subescala de Bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la Bulimia Nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímico y restrictivo. Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria pero, en la mayor parte de los casos, la bulimia severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61.

3) Insatisfacción Corporal (BD.)

Esta Subescala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc..) La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la "perturbación de la imagen corporal" característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62.

4) Ineficacia (I.)

La Subescala de Ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Conceptualmente la Subescala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una

autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Una puntuación elevada en esta Subescala revela un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56.

5) Perfeccionismo (P.)

Esta Subescala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch (1978) ha indicado, que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Slade (1982) ha añadido, que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Los elementos de esta Subescala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 13, 29, 36, 43, 52, 63.

6) Desconfianza Interpersonal (ID.)

La Subescala de Desconfianza Interpersonal evalúa el sentimiento general de alineación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57.

7) Conciencia Introceptiva (IA.)

Esta Subescala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con la hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64.

8) Miedo a la Madurez (MF.)

La Subescala de Miedo a la Madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965, 1980) arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. El paciente piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58.

9) Ascetismo (A.)

Esta Subescala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Actualmente hay grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral. La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las

satisfacciones físicas, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86, 88.

10) Impulsividad (IR.)

La Subescala de Impulsividad evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85, 90.

11) Inseguridad Social (SI.)

Esta Subescala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento, (Garner, 1998.) Los reactivos de esta Subescala son: 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89, 91.

- **ESCENARIO.**

Las aplicaciones se llevaron a cabo en las instalaciones del Colegio de Literatura Dramática y Teatro de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM y en la Escuela Nacional de Arte Teatral del INBA. Dichas aplicaciones se realizaron dentro de las aulas de clases y auditorios establecidos para cada grupo dependiendo del semestre que cursaban y de la materia que se estaba impartiendo en ese momento.

- **PROCEDIMIENTO.**

Se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes en las Instituciones convenientes: para la aplicación del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2.)

Una vez obtenido el permiso se procedió a realizar las aplicaciones a los estudiantes de forma colectiva, dentro de su salón de clases o el auditorio de la instalación.

Se inició estableciendo un pequeño rapport con los estudiantes, el cual consistió en saludarlos cordialmente y explicarles el propósito de la investigación, el cual fue: “saber si existen trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro”; así mismo se les explicó qué es un trastorno de la conducta alimentaria y se les invitó a preguntar sobre el tema para resolver sus dudas.

Una vez aclaradas las dudas se procedió a repartir las pruebas a cada sujeto. El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria incluyó una hoja con preguntas y respuestas y el EDI-2 que incluyó dos hojas de preguntas y una hoja de respuestas.

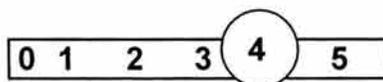
Las instrucciones que se dieron a los alumnos para contestar los Cuestionarios fueron las siguientes:

- 1.- Utilizar lápiz.
- 2.- Anotar todos sus datos personales.
- 3.- Leer cuidadosamente las preguntas y contestarlas lo más sinceramente posible sin consultar a nadie.
- 4.- Si tenían alguna duda preguntar en ese momento, levantando la mano para que el aplicador se dirigiera a su lugar y aclarara ésta.
- 5.- Contestar todas las preguntas.

6.- Se les indicó que en el Inventario EDI-2, debían encerrar en un círculo el número que corresponda a la opción elegida. En la hoja de respuestas (ver Anexo 3), aparecieron estas opciones:

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

Si su respuesta era "casi siempre" tenía que encerrar en un círculo el número 4.



El significado de cada una de las opciones se dio con el siguiente ejemplo. Haciendo mención que en el Inventario EDI-2 no hicieran ninguna anotación.

A) Escucho música cuando hago la tarea.

Si su respuesta era Siempre, significa que todas las veces cuando hacen la tarea escuchan música. Tuvieron que encerrar el número cinco en la hoja de respuestas.

Si su respuesta era Casi siempre, significa que la mayoría de las veces cuando hacen la tarea escuchan música. Tuvieron que encerrar el número cuatro en la hoja de respuestas.

Si su respuesta era A menudo, significa que muchas veces cuando hacen la tarea escuchan música. Tendrán que encerrar el número tres en la hoja de respuestas.

Si su respuesta era A veces, significa que algunas veces cuando hacen la tarea escuchan música. Tuvieron que encerrar el número dos en la hoja de respuestas.

Si su respuesta era Pocas veces, significa que raras veces cuando hacen la tarea escuchan música. Tuvieron que encerrar el número uno en la hoja de respuestas.

Si su respuesta era Nunca, significa que cuando hacen la tarea jamás escuchan música. Tuvieron que encerrar el número cero en la hoja de respuestas.

“Se les informó que no había respuestas correctas ni incorrectas y que la prueba no tenía un tiempo de aplicación limitado, y se les pidió que era importante que contestaran todas las preguntas”.

Una vez aplicados los Cuestionarios se procedió a revisar cada uno de éstos con el fin de que no faltara ningún dato.

Posteriormente a las aplicaciones se codificó cada uno de los Cuestionarios para procesar estadísticamente la información.

- **ANÁLISIS DE DATOS.**

Este fue procesado mediante SPSS versión 10 y se realizaron los siguientes análisis:

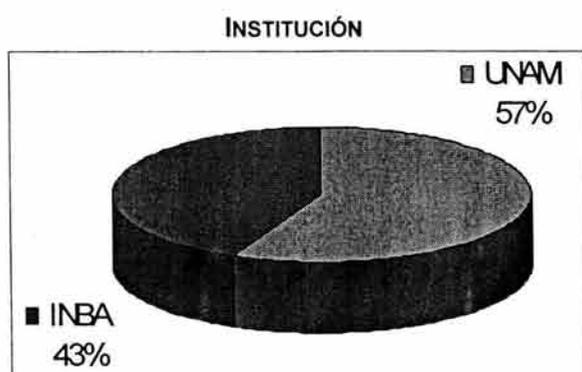
- 1.- Análisis de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad.
- 2.- Prueba “t” de Student para obtener diferencias entre Instituciones turnos, sexos y etapas de desarrollo.
- 3.- Prueba Tukey para obtener diferencias entre índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y áreas.

RESULTADOS

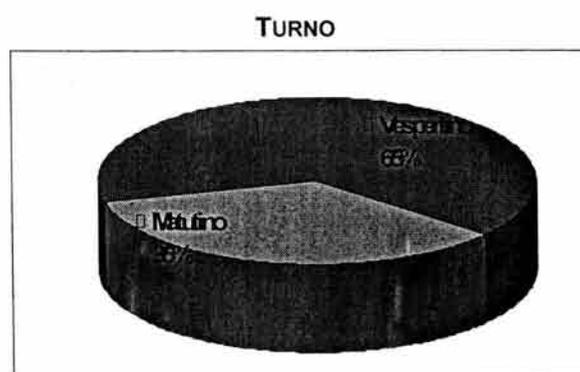
La presente investigación trabajó con una muestra no probabilística en el Distrito Federal, sin embargo no se pudo tener acceso a todas las Escuelas de Teatro, pero sí a las Escuelas más representativas como son: el Colegio de Literatura Dramática y Teatro de la Facultad de Filosofía y Letras que pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Arte Teatral perteneciente al Instituto Nacional de Bellas Artes en donde se realizó un estudio comparativo de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro.

En cuanto a la muestra se clasificó por Institución de la manera siguiente: 141 sujetos del Colegio de Literatura Dramática y Teatro de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM y 107 sujetos de la Escuela Nacional de Arte Teatral del INBA. Ver Gráfica 1.

La distribución de la muestra relacionada con el Turno fue de 87 sujetos del matutino y 161 sujetos del vespertino. Ver Gráfica 2.



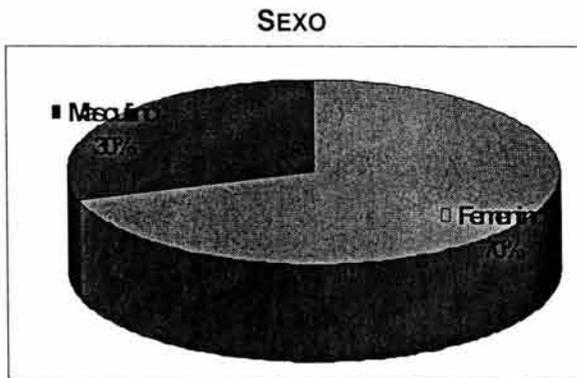
Gráfica 1



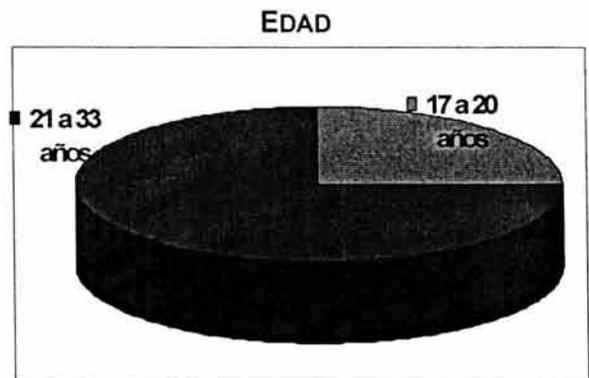
Gráfica 2

Respecto al Sexo la muestra se distribuyó de la siguiente manera: 174 sujetos del sexo femenino y 74 sujetos del sexo masculino. Ver Gráfica 3.

En cuanto a la Edad la muestra se dividió en dos grupos: 105 sujetos de 17 a 20 años que se encuentran en el periodo final de la adolescencia y 143 sujetos de 21 a 33 años que se ubican en la etapa de edad adulta temprana, como se representa en la Gráfica 4.



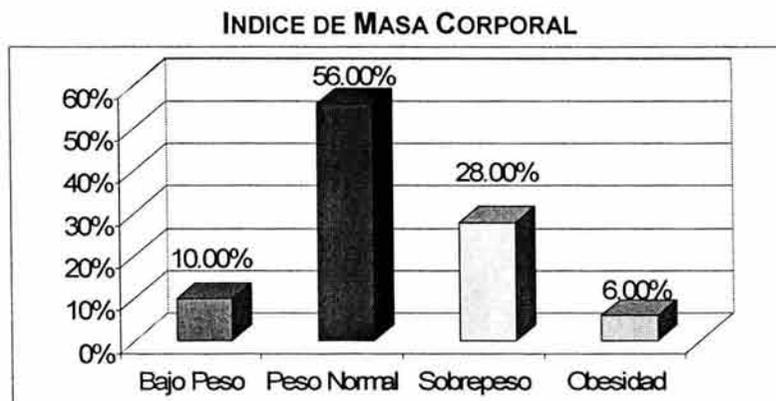
Gráfica 3



Gráfica 4

La media de edad de la muestra fue de 21.72 años. La media del primer grupo fue de 19.05 y la del segundo de 23.68 años.

Para el Índice de Masa Corporal (IMC) la muestra se dividió en cuatro grupos, los cuáles son: 24 sujetos con bajo peso de (15 a 18.9 de IMC), 141 sujetos con peso normal, (19 a 22.9 de IMC), 69 sujetos con sobrepeso de (23 a 27 de IMC) y 14 sujetos con obesidad (mayor de 27 de IMC). Ver Gráfica 5.

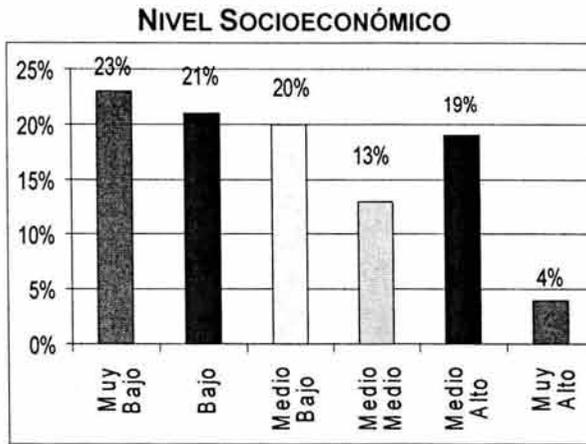


Gráfica 5

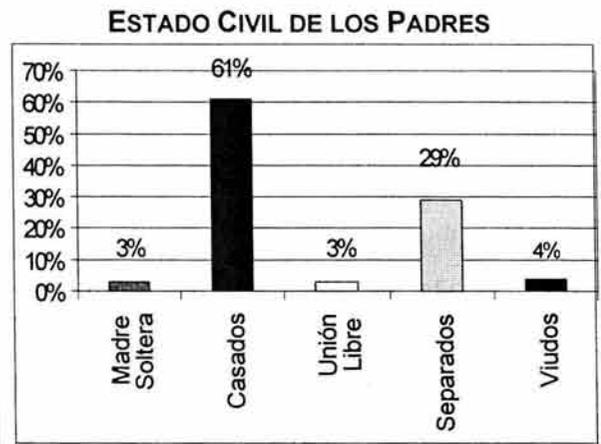
Con relación al Nivel Socioeconómico se distribuyó: 60 sujetos de nivel muy-bajo, 52 sujetos de nivel bajo, 49 sujetos de nivel medio-bajo, 31 sujetos de nivel medio-medio, 46 sujetos de nivel medio-alto y 10 sujetos de nivel muy-alto. Ver Gráfica 6.

Con respecto al Estado Civil de los Padres se manifestó de la siguiente forma: 8 sujetos con madre soltera, 150 sujetos con padres casados, 8 sujetos con padres en unión libre,

72 sujetos con padres separados o divorciados y 10 sujetos con padres viudos. Ver Gráfica 7.



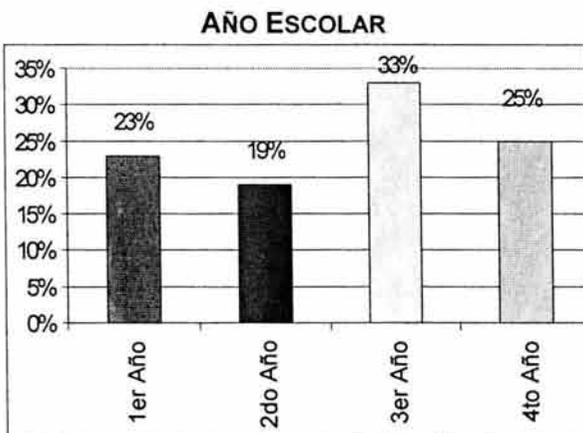
Gráfica 6



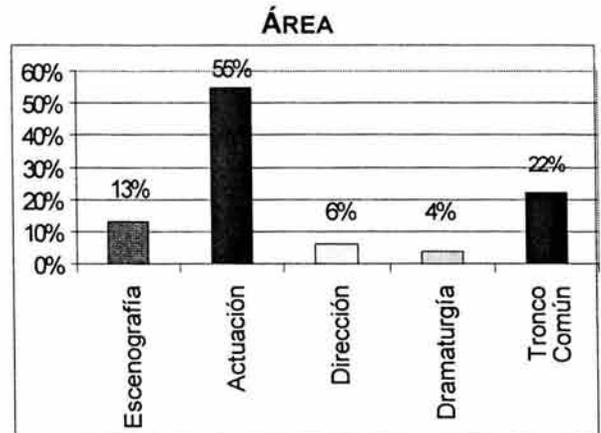
Gráfica 7

Para Año Escolar, 56 estudiantes fueron de primer año, 48 estudiantes de segundo año, 83 estudiantes de tercer año y 61 estudiantes de cuarto año. Ver gráfica 8.

En cuanto al Área, se observó que la muestra se dividió de la siguiente manera: 32 sujetos de escenografía, 137 sujetos de actuación, 16 sujetos de dirección, 9 sujetos de dramaturgia y 54 sujetos de tronco común. Ver gráfica 9.



Gráfica 8



Gráfica 9

ANÁLISIS TÉCNICO DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Con el objetivo de conocer los antecedentes e influencia familiar y social que le proporcionan a las personas estilos alimenticios e intereses sobre temas relacionados con la figura corporal para mantener un ideal de peso y para sentir que cumplen con las exigencias impuestas por la sociedad con respecto a dicha imagen y así sentirse aceptadas por los demás se elaboró el Cuestionario Para Trastornos de la Conducta Alimentaria ya que el Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), no cumplía con dichos parámetros de interés para la investigación.

De acuerdo a los elementos mencionados se realizó una revisión teórica de las características más importantes de cada trastorno alimentario como: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos, en cuanto a antecedentes e influencia familiar y social; en autores como: Braguinsky y cols. (1996), Creff y Herschberg, (1981), French (1999), García (1993), Goldman (1994), Hales, Yudofsky y Talbott (2000), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), Ortíz (2002), Palma (1997), Saldaña (1994), Saldaña y Rossell (1988), Sánchez y Mojica (1998), Saucedo (1996), Sherman y Thompson (1999), Spangler (1999), Szmukler, Dare, Treasure (1995), Tannenhaus (1999), Toro y Vilardell (1989), Toro (1999), y Turón (1997.)

Se elaboraron 31 reactivos, los cuáles se sometieron a una validez interjueces conformada por 15 psicólogos expertos en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, donde se les pedía que analizaran cada ítem para conocer el grado de relación que tenían con antecedentes e influencia familiar y social en trastornos de la conducta alimentaria.

De dicho análisis se eliminaron 16 reactivos, pues no contaban con las características necesarias para la investigación, ya que estaban mal planteados y/o carecían de validez de contenido.

El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria está diseñado con ítems que se relacionan con situaciones directas como antecedentes familiares, intereses, hábitos y percepciones conectadas con trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo del cuestionario es averiguar las características familiares, intereses, hábitos y percepción de su alimentación de los estudiantes de teatro.

Esto se explica por medio de la importancia que se da a la familia, no sólo en los antecedentes heredofamiliares, si no las conductas alimenticias aprendidas así como la conceptualización de la alimentación.

Una vez analizados los 15 reactivos resultantes, se clasificaron en dos Subescalas: a) Antecedentes Familiares e Intereses Personales y b) Hábitos y Auto percepción. Se procedió a pilotear los reactivos en una muestra de 60 sujetos. Al realizar el análisis técnico del instrumento se determina que este cuenta con una confiabilidad positiva por instrumento y por Subescalas. Ver tabla 8.

La obtención de validez no solo fue de contenido, sino también por análisis factorial. En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos por análisis factorial, por el método de la rotación Varimax que explica los factores interpretados.

ESCALA	CONFIABILIDAD	VALIDEZ
Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria	0.745	0.795
Antecedentes Familiares e Intereses Personales	0.553	0.835
Hábitos y Auto percepción	0.600	0.999

Tabla 8

A continuación se presentan en la tabla 9, las normas de interpretación por medio de percentiles para el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

NORMALIZACIÓN

Percentil	Antecedentes familiares e Intereses personales	ESCALA		Percentil
		Hábitos y Autopercepción	Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria	
1	7	8	15-17	1
5	8	9	18-20	5
10	9	11	21-22	10
15	10	12	23	15
20	11	13-15	24-27	20
25	12	16	28-29	25
30	12	16	30	30
35	13	17	31	35
40	13	18	32-33	40
45	14	18-19	34	45
50	15	20	35-36	50
55	16	20	37	55
60	17	21	38	60
65	18	22-23	39	65
70	19	24	41	70
75	20	25	42	75
80	21	26	45	80
85	22	27	48	85
90	23	28	49-53	90
95	24-28	29-36	54-65	95
99	29-33	37-40	66-73	99

SIN TRAS	7 – 11	8 – 12	15 – 23
ANOREXIA	12 – 17	13 – 20	24 – 37
TCANE	18 – 24	20 – 27	38 – 51
BULIMIA	18 – 23	21 – 28	38 – 48
OBESIDAD	24 – 28	29 – 36	49 – 65
SOBREALIMENTACIÓN	29 – 33	37 – 40	66 – 73

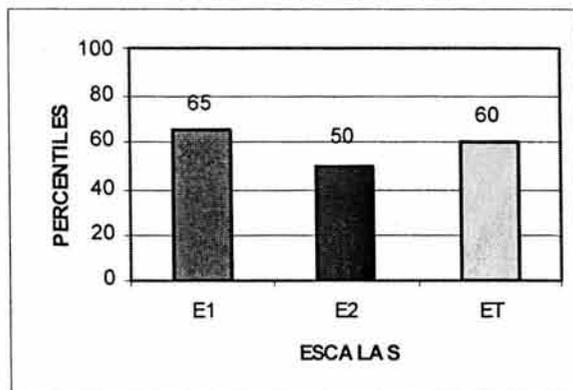
Tabla 9

ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria muestran que la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, la Subescala de Hábitos y Autopercepción y la Escala de dicho Cuestionario tienen similitud en cuanto a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos entre los estudiantes de teatro (Ver Gráfica 10), los estudiantes del turno vespertino (Ver Gráfica 14), los estudiantes del sexo femenino (Ver Gráfica 16), los estudiantes de 21 a 33 años (Ver Gráfica 18), los estudiantes de peso normal, sobrepeso y obesidad (Ver Gráfica

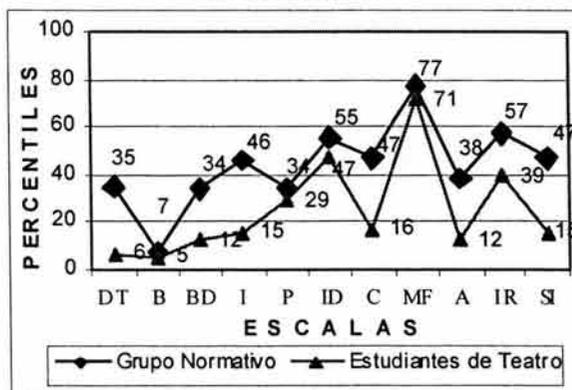
20), los estudiantes de nivel bajo, medio-medio y medio-alto (Ver Gráfica 22), los estudiantes con padres casados y separados o divorciados (Ver Gráfica 24), los estudiantes de tercer año (Ver Gráfica 26) y los estudiantes de actuación. (Ver Gráfica 28.)

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO



Gráfica 10

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO CON GRUPO NORMATIVO DE NORMALIDAD

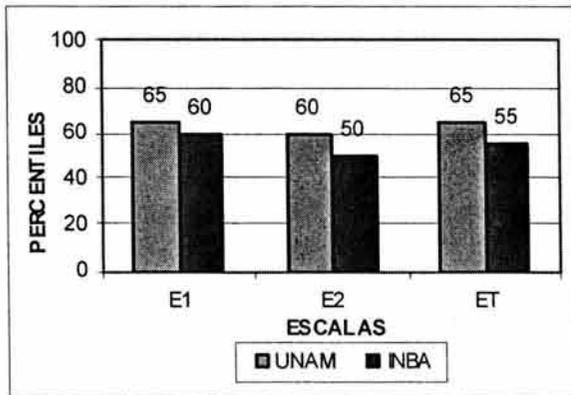


Gráfica 11

Los resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) indican que la Subescala de Bulimia (B) tiene puntajes cercanos a los del Grupo Crítico Normativo entre los estudiantes de teatro (Ver Gráfica 11), por Instituciones (Ver Gráfica 13), turnos (Ver Gráfica 15), sexos (Ver Gráfica 17), etapas de desarrollo (Ver Gráfica 19), índice de masa corporal (Ver Gráfica 21), nivel socioeconómico (Ver Gráfica 23), estado civil de padres (Ver Gráfica 25), año escolar (Ver Gráfica 27) y áreas (Ver Gráfica 29.)

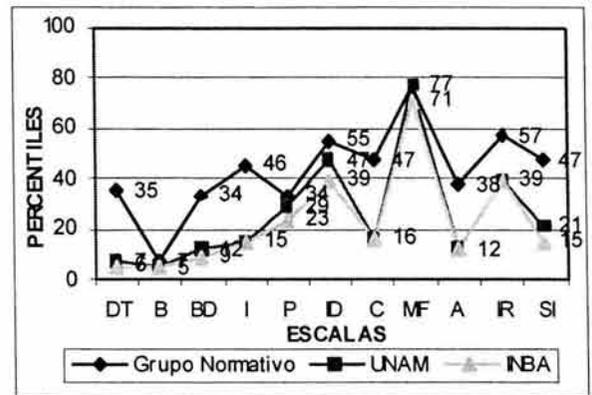
También, los resultados del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria demostraron que en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, en la Subescala de Hábitos y Autopercepción y en la Escala de dicho Cuestionario existe similitud en cuanto a la manifestación de Bulimia Nerviosa entre los estudiantes de la UNAM, como se observa en la Gráfica 12.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR INSTITUCIÓN



Gráfica 12

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO DE LA UNAM E INBA CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO

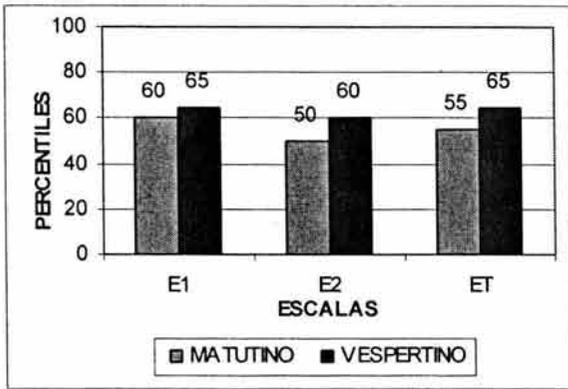


Gráfica 13

De igual manera, los resultados demuestran que en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, en la Subescala de Hábitos y Autopercepción y en la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria predomina la presencia de Anorexia Nerviosa entre los estudiantes del INBA (Ver Gráfica 12), los estudiantes del turno matutino (Ver Gráfica 14), los estudiantes del sexo masculino (Ver Gráfica 16), los estudiantes de bajo peso (Ver Gráfica 20), los estudiantes de nivel socioeconómico muy bajo y medio bajo (Ver Gráfica 22) y los estudiantes con madre soltera y padres viudos (Ver Gráfica 24), los estudiantes de primero, segundo y tercer año escolar (Ver Gráfica 26) y los estudiantes de escenografía, dirección, dramaturgia y tronco común (Ver Gráfica 28.)

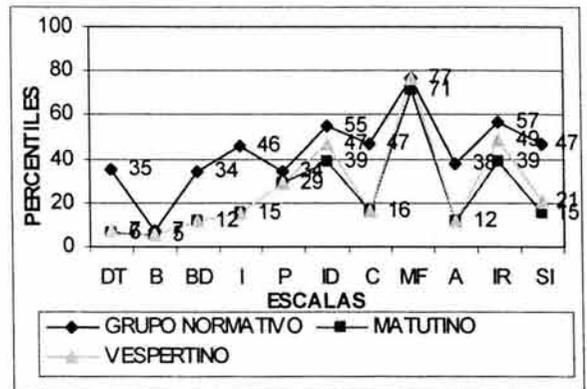
Continuando con el (EDI-2) se observa que la Subescala de Impulsividad (IR) tiene puntajes que indican riesgo con relación al Grupo Crítico Normativo entre los estudiantes del turno vespertino (Ver Gráfica 15), del sexo masculino (Ver Gráfica 17), de 17 a 20 años de edad (Ver Gráfica 19), los estudiantes con sobrepeso (Ver Gráfica 21) y de nivel socioeconómico bajo y muy alto (Ver Gráfica 23), de primer y segundo año escolar (Ver Gráfica 27) y de escenografía y tronco común (Ver Gráfica 29.)

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR TURNO



Gráfica 14

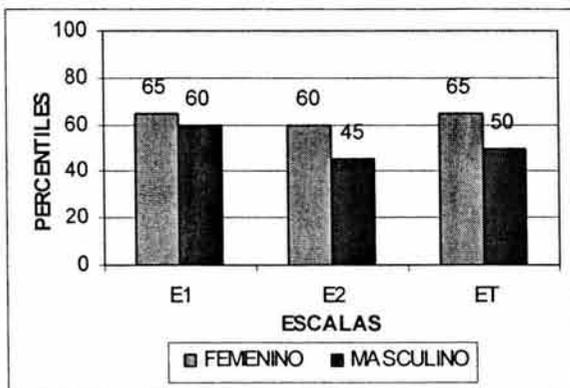
COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR TURNO CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



Gráfica 15

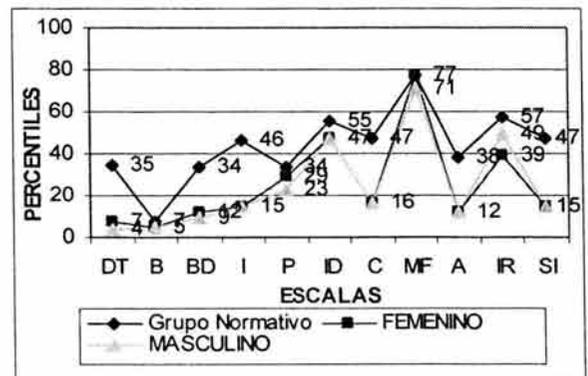
En cuanto a la etapa de desarrollo que abarca el periodo de 17 a 20 años de edad, los resultados manifiestan que las Subescalas de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y de Hábitos y Autopercepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen similitudes en la aparición de Anorexia Nerviosa, mientras que la Escala de dicho Cuestionario arroja datos relacionados con la existencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, como se observa en la Gráfica 18.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR SEXO



Gráfica 16

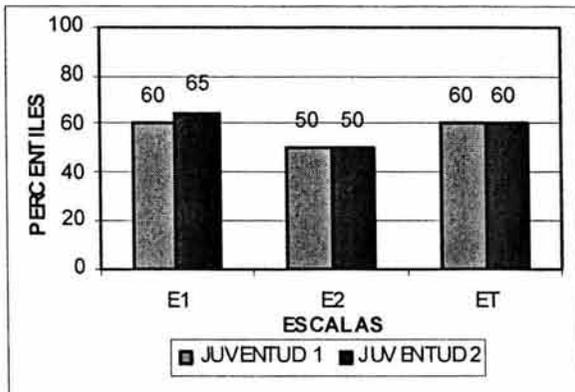
COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR SEXO CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



Gráfica 17

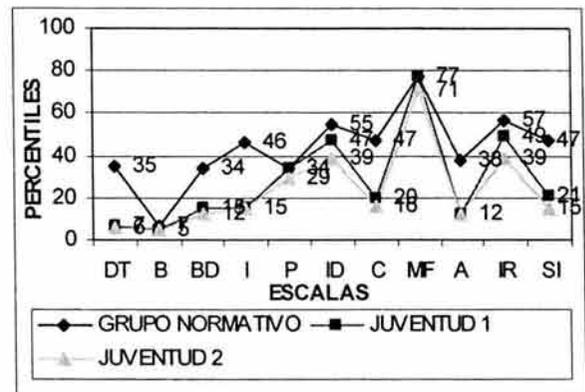
Los puntajes de la Subescala de Insatisfacción Corporal (BD) del (EDI-2) también son altos con relación al Grupo Crítico Normativo entre los sujetos con obesidad, como se observa en la Gráfica 21.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR ETAPA DE DESARROLLO



Gráfica 18

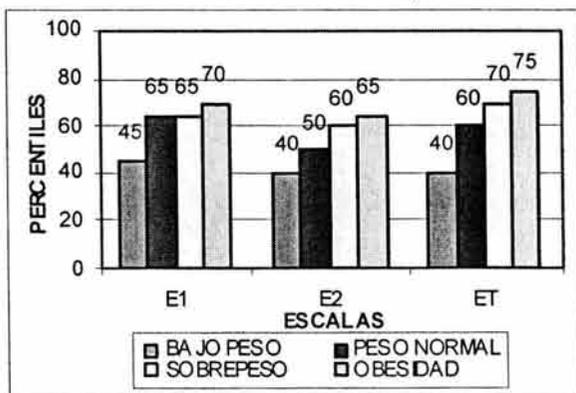
COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR ETAPA DE DESARROLLO CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



Gráfica 19

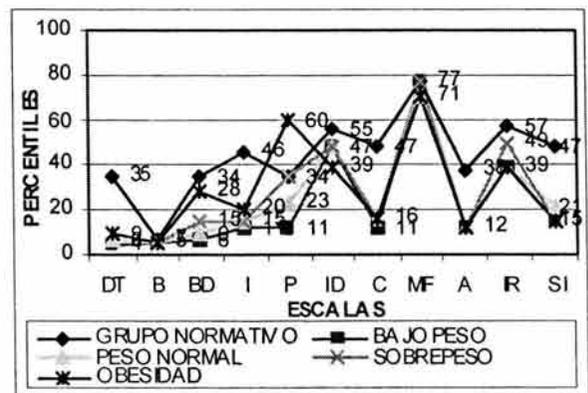
Con respecto a la Subescala de Perfeccionismo (P) del (EDI-2) se observa que los sujetos con obesidad puntuaron resultados por encima del Grupo Crítico Normativo, lo cual indica que presentan las características descritas para ésta Subescala. Ver Gráfica 21.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR IMC2



Gráfica 20

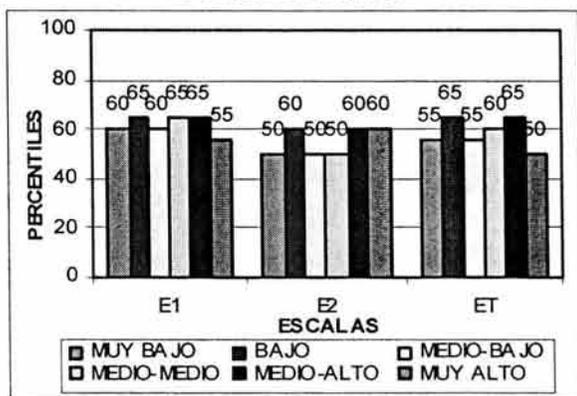
COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR IMC2 CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



Gráfica 21

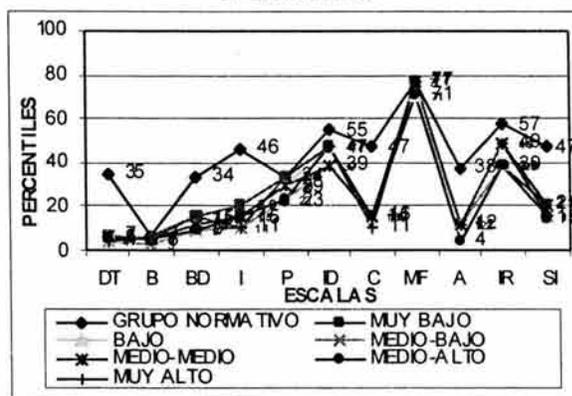
Con relación al Nivel Socioeconómico se encontró que la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen puntajes que indican la existencia de Anorexia Nerviosa en los estudiantes de nivel socioeconómico muy alto y la Subescala de Hábitos y Autopercepción muestra resultados relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria no específicos en los mismos sujetos, como se observa en la Gráfica 22.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR NIVEL SOCIOECONÓMICO



Gráfica 22

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR NIVEL SOCIOECONÓMICO CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



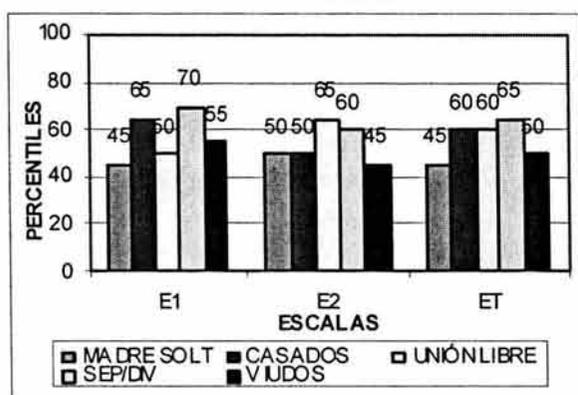
Gráfica 23

En cuanto al Estado Civil de los Padres se encontró que la Subescala de Hábitos y Autopercepción y la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen puntajes relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria no específicos en estudiantes con padres en unión libre, mientras que la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales mostró datos que indican la existencia de Anorexia Nerviosa en ellos mismos, como se observa en la Gráfica 24.

Los sujetos con padres en unión libre también tuvieron puntuaciones cercanas a las del Grupo Crítico Normativo en la Subescala de Ineficacia (I) del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria como se observa en la Gráfica 25.

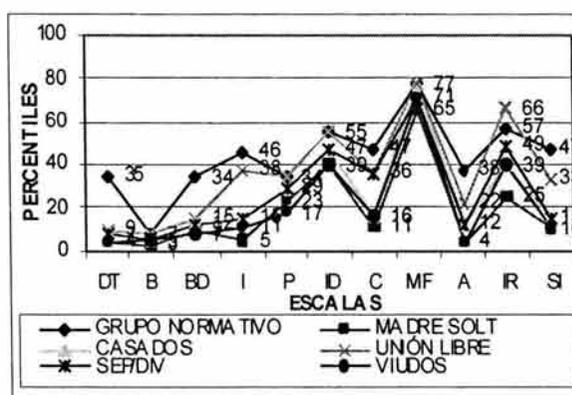
En la Subescala de Impulsividad (IR) del (EDI-2) los estudiantes con padres en unión libre y separados o divorciados tuvieron puntajes que rebasaron el puntaje del Grupo Crítico Normativo, lo cual indica que éstos sujetos presentan alteraciones relacionadas con dicha Subescala. Ver Gráfica 25.

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



Gráfica 24

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR ESTADO CIVIL DE LOS PADRES CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



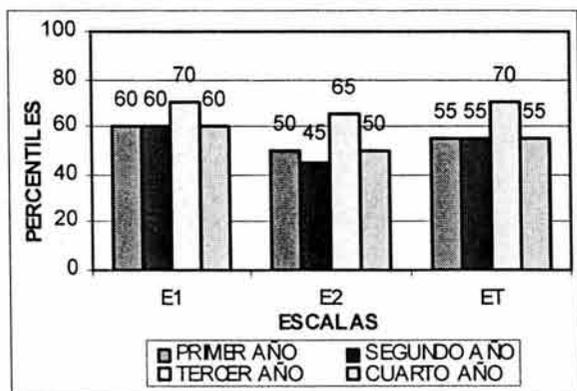
Gráfica 25

La Subescala de Perfeccionismo (P) del (EDI-2) también muestra puntajes altos con relación al Grupo Crítico Normativo entre los estudiantes de teatro (Ver Gráfica 11), los estudiantes de la UNAM (Ver Gráfica 13), de ambos turnos (Ver Gráfica 15), del sexo femenino (Ver Gráfica 17), los estudiantes de 17 a 20 años (Ver Gráfica 19), los estudiantes con sobrepeso (Ver Gráfica 21), con nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-medio y muy alto (Ver Gráfica 23), con padres casados, en unión libre y separados o divorciados (Ver Gráfica 25), los estudiantes de primero, segundo y tercer año escolar (Ver Gráfica 27) y de las áreas de escenografía, actuación y de tronco común (Ver Gráfica 29.)

De igual manera, la Subescala de Desconfianza Interpersonal (ID) de dicho Inventario tiene puntajes riesgosos respecto al Grupo Crítico Normativo entre los estudiantes de teatro (Ver Gráfica 11), estudiantes de la UNAM (Ver Gráfica 13), del turno vespertino

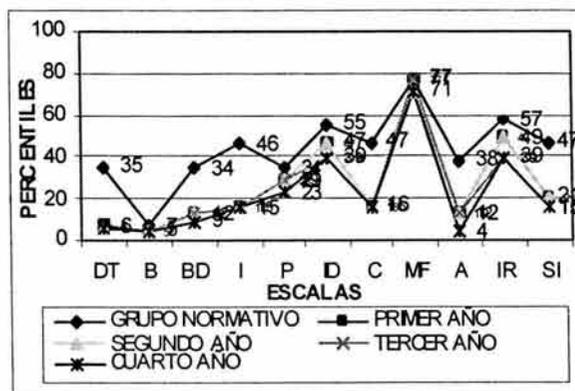
(Ver Gráfica 15), de ambos sexos (Ver Gráfica 17), con bajo peso, peso normal y sobrepeso (Ver Gráfica 21), con nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-alto y muy alto (Ver Gráfica 23), con padres casados, en unión libre y separados o divorciados (Ver Gráfica 25), de primer y segundo año escolar (Ver Gráfica 27) y de escenografía, dramaturgia y tronco común (Ver Gráfica 29.)

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE TEATRO, POR AÑO ESCOLAR



Gráfica 26

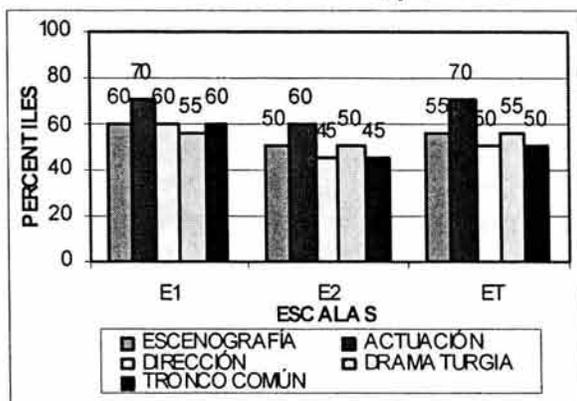
COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES DEL EDI-2 EN ESTUDIANTES DE TEATRO, POR AÑO ESCOLAR CON GRUPO CRÍTICO NORMATIVO



Gráfica 27

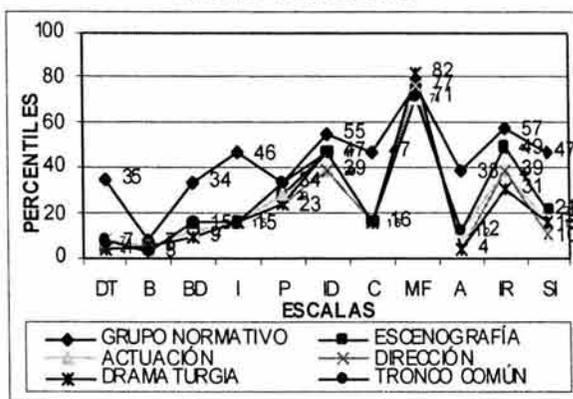
La Subescala de Miedo a la Madurez (MF) también muestra puntajes altos con relación al Grupo Crítico Normativo, entre los estudiantes de teatro (Ver Gráfica 11), de ambas Instituciones (Ver Gráfica 13), turnos (Ver Gráfica 15), sexos (Ver Gráfica 17), etapas de desarrollo (Ver Gráfica 19), por índice de masa corporal (Ver Gráfica 21), por nivel socioeconómico (Ver Gráfica 23) y entre los estudiantes con padres casados, en unión libre, separados o divorciados y viudos (Ver Gráfica 25), por año escolar (Ver Gráfica 27) y áreas (Ver Gráfica 29.)

Puntuaciones del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria de los Estudiantes de Teatro, por Área



Gráfica 28

Comparación de Puntuaciones del EDI-2 en Estudiantes de Teatro, por Área con Grupo Crítico Normativo



Gráfica 29

DIFERENCIA ENTRE GRUPOS

1) PRUEBA “t” DE STUDENT.

Se utilizó para obtener diferencias significativas por Institución, Turno, Sexo y Etapa de Desarrollo.

A. CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo con la Institución se observa que en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. **

ANTECEDENTES FAM. E INTERESES PERS.						
Institución	N	Medias	DS	GL	T	F
UNAM	141	17.99	4.875	246	1.079	.110
INBA	107	17.34	4.572			

HÁBITOS Y AUTOPERCEPCIÓN						
Institución	N	Medias	DS	GL	T	F
UNAM	141	21.06	5.945	246	1.887	.192
INBA	107	19.66	5.576			

En cuanto al Turno no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. **

Con relación al Sexo se observaron diferencias significativas en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales; el sexo masculino marca la diferencia.

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

En la Subescala de Hábitos y Autopercepción y en la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria no se encontraron diferencias significativas. **

ANTECEDENTES FAM. E INTERESES PERS.						
Sexo	N	Medias	DS	GL	t	F
FEMENINO	174	18.09	4.742	246	1.955	.523
MASCULINO	74	16.81	4.672			

En la Etapa de Desarrollo se observa que en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria no se encontraron diferencias significativas.**

B. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la UNAM determina la diferencia entre Instituciones en las Subescalas de Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad y en la Escala de dicho Inventario y que se presentan a continuación.

DESCONFIANZA INTERPERSONAL						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	3.84	2.51	246	2.176	0.179
INBA	107	3.17	2.31			

CONCIENCIA INTROCEPTIVA						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	3.13	3.62	246	0.905	0.878
INBA	107	2.73	3.34			

MIEDO A LA MADUREZ						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	5.82	3.92	246	1.991	0.672
INBA	107	4.88	3.38			

ASCETISMO						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	2.85	2.44	246	0.468	0.102
INBA	107	2.7	2.59			

IMPULSIVIDAD						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	3.49	4.48	246	0.123	0.059
INBA	107	3.42	4.23			

INV. DE TRAST. DE LA CONDUC. ALIM.						
Institución	N	Medias	DS	GL	t	F
UNAM	141	40.34	25.16	246	1.672	1.24
INBA	107	35.23	21.95			

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

En las Subescalas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo e Inseguridad Social no se encontraron diferencias significativas. **

En las Subescalas del Inventario no se encontraron diferencias significativas en cuanto a Turno a excepción de la Subescala de Bulimia como está indicado. El turno vespertino marca la diferencia.

BULIMIA						
Turno	N	Medias	DS	GL	†	F
MATUTINO	87	0.95	1.95	246	0.535	0.167
VESPERTINO	161	0.82	1.85			

Con respecto al Sexo se observa que no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Inventario. **

En cuanto a la Etapa de Desarrollo se encontraron diferencias significativas en las Subescalas de Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva y en la Escala de dicho Inventario. La etapa de juventud del periodo final de la adolescencia da la diferencia.

INEFICACIA						
E.Desarrollo	N	Medias	DS	GL	†	F
P.FinalAdole.	62	2.10	2.924	246	0.413	0.005
E.AdultaTem.	186	1.90	3.399			

PERFECCIONISMO						
E. Desarrollo	N	Medias	DS	GL	†	F
P.FinalAdole.	62	6.06	3.639	246	1.633	0.030
E.AdultaTem.	186	5.19	3.666			

DESCONFIANZA INTERPERSONAL						
E.Desarrollo	N	Medias	DS	GL	†	F
P.FinalAdole.	62	4.02	2.701	246	1.734	0.740
E.AdultaTem.	186	3.40	2.335			

CONCIENCIA INTROCEPTIVA						
E. Desarrollo	N	Medias	DS	GL	†	F
P.FinalAdole.	62	3.68	3.933	246	1.876	0.692
E.AdultaTem.	186	2.72	3.315			

INV. DE TRAST. DE LA CONDUCT. ALIM.						
E.Desarrollo	N	Medias	DS	GL	†	F
P.FinalAdolesc.	62	43.58	26.518	246	2.084	1.396
E.AdultaTem.	186	36.32	22.770			

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

En las Subescalas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social no se encontraron diferencias significativas. **

2) PRUEBA TUKEY.

Esta prueba fue utilizada para comparar los grupos de Índice de Masa Corporal, Nivel Socioeconómico, Estado Civil de Padres, Año Escolar y Área.

A. CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal. Con relación al nivel socioeconómico, estado civil de padres, año escolar y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. ** El grupo significativo es el de sujetos con bajo peso.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-4.346(*)	1.009
N=24	Sobrepeso	-4.880(*)	1.083
$\bar{x} = 13.58$	Obesidad	-5.274(*)	1.537
Peso Normal	Bajo peso	4.346(*)	1.009
N=141	Sobrepeso	-.535	.671
$\bar{x} = 17.93$	Obesidad	-.928	1.281
Sobrepeso	Bajo Peso	4.880(*)	1.083
N=69	Peso Normal	.535	.671
$\bar{x} = 18.46$	Obesidad	-.393	1.340
Obesidad	Bajo Peso	5.274(*)	1.537
N=14	Peso Normal	.928	1.281
$\bar{x} = 18.86$	Sobrepeso	.393	1.340

En la Subescala de Hábitos y Autopercepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas con respecto al año escolar. En el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de padres y

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.** El grupo significativo es el de estudiantes de tercer año.

AÑO ESCOLAR			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Primero	Segundo	.661	1.126
N=56	Tercero	-2.234	.990
\bar{x} =19.91	Cuarto	.288	1.060
Segundo	Primero	-.661	1.126
N=48	Tercero	-2.895(*)	1.038
\bar{x} =19.25	Cuarto	-.373	1.105
Tercero	Primero	2.234	.990
N=83	Segundo	2.895(*)	1.038
\bar{x} =22.14	Cuarto	2.522(*)	.966
Cuarto	Primero	-.288	1.060
N=61	Segundo	.373	1.105
\bar{x} =19.62	Tercero	-2.522(*)	.966

En la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal y el año escolar. En el nivel socioeconómico, estado civil de padres y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. "

En el índice de masa corporal el grupo significativo es el de sujetos con bajo peso y en el año escolar es el de estudiantes de tercer año.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL				AÑO ESCOLAR			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar	IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-6.238(*)	1.927	Primero	Segundo	.565	1.731
N=24	Sobrepeso	-8.022(*)	2.068	N=56	Tercero	-3.893	1.522
\bar{x} =31.83	Obesidad	-9.881(*)	2.934	\bar{x} =37.11	Cuarto	.533	1.629
Peso Normal	Bajo peso	6.238(*)	1.927	Segundo	Primero	-.565	1.731
N=141	Sobrepeso	-1.784	1.282	N=48	Tercero	-4.458(*)	1.596
\bar{x} =38.07	Obesidad	-3.643	2.445	\bar{x} =36.54	Cuarto	-.032	1.698
Sobrepeso	Bajo Peso	8.022(*)	2.068	Tercero	Primero	3.893	1.522
N=69	Peso Normal	1.784	1.282	N=83	Segundo	4.458(*)	1.596
\bar{x} =39.86	Obesidad	-1.859	2.558	\bar{x} =41.00	Cuarto	4.426(*)	1.484
Obesidad	Bajo Peso	9.881(*)	2.934	Cuarto	Primero	-.533	1.629
N=14	Peso Normal	3.643	2.445	N=61	Segundo	.032	1.698
\bar{x} =41.71	Sobrepeso	1.859	2.558	\bar{x} =36.57	Tercero	-4.426(*)	1.484

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

B. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la Subescala de Obsesión por la Delgadez las diferencias significativas que se encontraron están en el índice de masa corporal. En el nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. **

INDICE DE MASA CORPORAL			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-1.328	1.037
N=24	Sobrepeso	-2.902(*)	1.113
$\bar{x} = 1.75$	Obesidad	-2.964	1.580
Peso Normal	Bajo peso	1.328	1.037
N=141	Sobrepeso	-1.574	0.690
$\bar{x} = 3.08$	Obesidad	-1.636	1.316
Sobrepeso	Bajo Peso	2.902(*)	1.113
N=69	Peso Normal	1.574	0.690
$\bar{x} = 4.65$	Obesidad	-0.062	1.377
Obesidad	Bajo Peso	2.964	1.580
N=14	Peso Normal	1.636	1.316
$\bar{x} = 4.71$	Sobrepeso	0.062	1.377

En la Subescala de Insatisfacción Corporal se encontraron diferencias significativas en cuanto al índice de masa corporal. En el nivel socioeconómico, estado civil de los padres año escolar y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.**

El grupo significativo es el de sujetos con obesidad.

INDICE DE MASA CORPORAL			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-1.840	1.126
N=24	Sobrepeso	-3.150(*)	1.208
$\bar{x} = 2.46$	Obesidad	-7.899(*)	1.714
Peso Normal	Bajo peso	1.840	1.126
N=141	Sobrepeso	-1.311	0.749
$\bar{x} = 4.30$	Obesidad	-6.059(*)	1.428
Sobrepeso	Bajo Peso	3.150(*)	1.208
N=69	Peso Normal	1.311	0.749
$\bar{x} = 5.61$	Obesidad	-4.748(*)	1.494
Obesidad	Bajo Peso	7.899(*)	1.714
N=14	Peso Normal	6.059(*)	1.428
$\bar{x} = 10.36$	Sobrepeso	4.748(*)	1.494

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

En la Subescala de Ineficacia se encontraron diferencias significativas en el estado civil de los padres. En el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, año escolar y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. ** El grupo significativo es el de sujetos con padres en unión libre.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Madre Soltera N=8 \bar{x} =0.38	Casados	-1.405	1.146
	Unión Libre	-6.500(*)	1.579
	Sep / Div	-1.736	1.177
	Viudos	-0.225	1.498
Casados N=150 \bar{x} =1.78	Madre Soltera	1.405	1.146
	Unión Libre	-5.095(*)	1.146
	Sep/Div	-0.331	0.453
	Viudos	1.180	1.031
Unión Libre N=8 \bar{x} =6.88	Madre Soltera	6.500(*)	1.579
	Casados	5.095(*)	1.146
	Sep/Div	4.764(*)	1.177
	Viudos	6.275(*)	1.498
Sep/Div N=72 \bar{x} =2.11	Madre Soltera	1.736	1.177
	Casados	0.331	0.453
	Unión Libre	-4.764(*)	1.177
	Viudos	1.511	1.065
Viudos N=10 \bar{x} =0.60	Madre Soltera	0.225	1.498
	Casados	-1.180	1.031
	Unión Libre	-6.275(*)	1.498
	Sep/Div	-1.511	1.065

ÁREA			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Escenografía N=32 \bar{x} =3.75	Actuación	0.546	0.474
	Dirección	0.438	0.740
	Dramaturgia	-0.139	0.912
	Tronco Común	-0.583	0.539
Actuación N=137 \bar{x} =3.20	Escenografía	-0.546	0.474
	Dirección	-0.108	0.638
	Dramaturgia	-0.685	0.831
	Tronco Común	-1.129(*)	0.388
Dirección N=16 \bar{x} =3.31	Escenografía	-0.438	0.740
	Actuación	0.108	0.638
	Dramaturgia	-0.576	1.007
	Tronco Común	-1.021	0.688
Dramaturgia N=9 \bar{x} =3.89	Escenografía	0.139	0.912
	Actuación	0.685	0.831
	Dirección	0.576	1.007
	Tronco Común	-0.444	0.870
Tronco Común N=54 \bar{x} =4.33	Escenografía	0.583	0.539
	Actuación	1.129(*)	0.388
	Dirección	1.021	0.688
	Dramaturgia	0.444	0.870

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

En la Subescala de Desconfianza Interpersonal se encontraron diferencias significativas en el área. En el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de padres y año escolar no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.**

En la Subescala de Conciencia Introceptiva se encontraron diferencias significativas en el estado civil de padres. En el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, año escolar y área no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. ** El grupo significativo es el de sujetos con padres en unión libre.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Madre Soltera	Casados	-.965	1.255
N=8	Unión Libre	-4.625	1.730
\bar{x} =1.88	Sep / Div	-1.042	1.289
	Viudos	-1.225	1.641
Casados	Madre Soltera	.965	1.255
N=150	Unión Libre	-3.660(*)	1.255
\bar{x} =2.84	Sep/Div	-.077	.496
	Viudos	-.260	1.130
Unión Libre	Madre Soltera	4.625	1.730
N=8	Casados	3.660(*)	1.255
\bar{x} =6.50	Sep/Div	3.583(*)	1.289
	Viudos	3.400	1.641
Sep/Div	Madre Soltera	1.042	1.289
N=72	Casados	.077	.496
\bar{x} =2.92	Unión Libre	-3.583(*)	1.289
	Viudos	-.183	1.167
Viudos	Madre Soltera	1.225	1.641
N=10	Casados	.260	1.130
\bar{x} =3.10	Unión Libre	-3.400	1.641
	Sep/Div	.183	1.167

En la Escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en el estado civil de padres. En cuanto al índice de masa corporal, nivel socioeconómico, año escolar y área no se encontraron diferencias significativas.** El grupo significativo es el de sujetos con padres en unión libre.

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Madre Soltera	Casados	-14.857	8.522
N=8	Unión Libre	-38.875(*)	11.742
\bar{x} =22.75	Sep / Div	-16.792	8.752
	Viudos	-6.750	11.140
Casados	Madre Soltera	14.857	8.522
N=150	Unión Libre	-24.018(*)	8.522
\bar{x} =37.61	Sep/Div	-1.935	3.367
	Viudos	8.107	7.670
Unión Libre	Madre Soltera	38.875(*)	11.742
N=8	Casados	24.018(*)	8.522
\bar{x} =61.63	Sep/Div	22.083	8.752
	Viudos	32.125(*)	11.140
Sep/Div	Madre Soltera	16.792	8.752
N=72	Casados	1.935	3.367
\bar{x} =39.54	Unión Libre	-22.083	8.752
	Viudos	10.042	7.926
Viudos	Madre Soltera	6.750	11.140
N=10	Casados	-8.107	7.670
\bar{x} =29.50	Unión Libre	-32.125(*)	11.140
	Sep/Div	-10.042	7.926

Con respecto a las Subescalas de Bulimia, Perfeccionismo, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria no se encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y área. **

** No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

I N T E R P R E T A C I Ó N D E R E S U L T A D O S

La muestra utilizada en el estudio fue de tipo accidental, representada por características determinantes como Institución, turno, sexo, etapa de desarrollo, índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y área, para el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Teatro.

La interpretación de resultados se va a presentar de la siguiente manera: 1) análisis técnico del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria que se obtuvo mediante la confiabilidad, la validez y normas de calificación, 2) especificación de resultados, que incluye una explicación y descripción de los resultados obtenidos por: A. el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y B. el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), y 3) diferencias entre grupos, las cuales se obtuvieron a través de la prueba "t" y la prueba Tukey en cada una de las subescalas utilizadas.

1) ANÁLISIS TÉCNICO DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria obtuvo un análisis técnico importante mediante la confiabilidad, la validez, y la normalización. La confiabilidad se determinó mediante el coeficiente alpha de Cronbach y fue de 0.745. La confiabilidad obtenida en la Subescala de Antecedente Familiares e Intereses Personales de 0.553 y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción de 0.600, por lo tanto, de acuerdo a Hernández (1998), la confiabilidad indica que los reactivos de dicho Cuestionario son confiables y precisos en cuanto a lo que pretenden medir.

Con respecto a la validez, se obtuvo la aparente, la de contenido y la factorial. La validez aparente indica que los reactivos incluidos en la Subescala de Antecedentes

Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción están relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos; la validez de contenido por estudio de interjueces, nos dice que la muestra de reactivos es representativa de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos y autopercepción con relación a los trastornos de la conducta alimentaria. Mientras el análisis factorial determina el efecto entre las variables, es decir, evalúa los efectos particulares de cada Subescala y los efectos conjuntos de éstas mismas, (Hernández, 1998.) La validez factorial se utilizó para demostrar la carga del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria sobre los factores de construcción de dicho Cuestionario, los cuales son, la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la Subescala de Hábitos y Autopercepción, ya que a partir de ellas se pueden explicar las intercorrelaciones entre las calificaciones de la prueba, (Brown, 1980.)

El establecimiento de normas se determinó por medio de percentiles, los cuales indican la posición de los puntajes obtenidos en una distribución porcentual y a partir de ellos se detecta la presencia de los cinco trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos, siendo aplicables a la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, a la Subescala de Hábitos y Autopercepción y a la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Este instrumento es adecuado para conocer los antecedentes e influencia familiar y social que le proporcionan a las personas estilos alimenticios e intereses sobre temas relacionados con la figura corporal con el fin de mantener un ideal de peso, para sentir

que cumplen con las exigencias impuestas por la sociedad con respecto a dicha imagen y sentirse aceptado por los demás. La Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales permitió extraer información con respecto a los antecedentes e influencias familiares que determinan los trastornos de la conducta alimentaria, así como los intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura. Mientras que, la Subescala de Hábitos y Autopercepción ayudó a conocer hábitos personales relacionados con el interés por la figura corporal, así como saber el concepto que tienen las personas de su imagen corporal.

2) DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS GENERALES.

A. CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Se encontró que *los estudiantes de teatro* padecen trastornos de la conducta alimentaria no específicos, presentando signos y síntomas de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, los cuales están relacionados con antecedentes e influencias familiares, intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura. Esto está relacionado con la opinión que tiene Streigel-Moore (1986), acerca de que los miembros de la familia amplifican la importancia sociocultural del atractivo físico, el cual es sinónimo de delgadez, considerando que el peso está bajo el control de la voluntad individual, modelando la preocupación por el peso y las dietas y animando a los miembros más jóvenes a perder peso y a practicar regímenes alimentarios restrictivos. De acuerdo a Garner, Garfinkel y Goldberg, surgirán en éstos sujetos conductas que están relacionadas con el control alimentario, la preocupación por el alimento, imagen corporal, miedo a engordar etc., (Toro y Vilardell, 1989), que pueden dar origen al surgimiento de conductas compensatorias inapropiadas, pérdida significativa de peso y

un trastorno compulsivo caracterizado por atracones, los cuales son manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria no específicos, (DSM-IV, 1996.)

Con respecto a la **Institución**, los *sujetos del INBA* demostraron que tienen antecedentes, influencias, intereses, deseos y hábitos familiares relacionados con la anorexia nerviosa. Desde el punto de vista de Toro (1999) las familias tienen una influencia a partir de que consideran que la belleza depende del peso, por lo cual, se centran en la obtención de una figura corporal delgada, ya que es una característica física a la que se le atribuye un gran valor estético. Reconociendo los hábitos de este trastorno, es importante mencionar la presencia del ayuno, para lo cual, el DSM-IV (1996) y Hales, Yudofsky y Talbott (2000) afirman, que las personas anoréxicas comúnmente recurren al ayuno como un medio para evitar subir de peso y compensar los alimentos que se han ingerido con anterioridad, además de que este es un método que brinda seguridad debido al control alimentario.

De igual manera, se observó que los *estudiantes de la UNAM* reflejaron características propias de la bulimia nerviosa en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por lo tanto, tienen antecedentes, influencias familiares, intereses y deseos relacionados con el peso y figura, además de hábitos alimenticios e interés por la imagen que se proyecta. Sherman y Thompson (1999) opinan, que los pensamientos y conductas inapropiadas con respecto a la comida son provocados por las familias, ya que frecuentemente hablan de la importancia de la belleza física relacionándola con la delgadez, por lo tanto, es común que los padres aborden temas dirigidos a la búsqueda de una figura corporal delgada a través de las dietas y métodos compensatorios y haciendo comentarios respecto al tamaño de su propio cuerpo y figura así como la de los demás. También, existe una influencia en la manera de comer por parte de los

padres, la cual se ve reflejada a partir de que éstos frecuentemente transmiten a sus hijos preocupaciones relacionadas con la alimentación, el acto de comer, el peso y el rechazo a la obesidad, por lo cual, padres e hijos se esfuerzan por controlar su peso a pesar de la falta de control en la alimentación, (Sherman y Thompson, 1999, y Toro, 1999.) Es así como los pensamientos de estas personas están dirigidos al deseo de tener una figura corporal delgada, ya que creen que con ella obtendrán aceptación y felicidad, (Spangler, 1999, Szmukler, Dare y Treasure 1995, y Wilson, 1989, citado en Szmukler, Dare y Treasure 1995.)

Al reconocer la presencia de antecedentes e influencia familiar en este trastorno es importante mencionar que los intereses se ven dirigidos a tratar temas relacionados con el peso, talla y figura, por lo cual, Ortiz, (2002) opina, que estas personas en ocasiones abordan dichos temas debido a que tienen ideas valoradas con respecto a la imagen y peso corporal, ya que creen que el tener un cuerpo esbelto les ayudará a conseguir satisfacciones personales.

De acuerdo con el **Turno**, los *estudiantes del turno matutino*, presentan características de anorexia nerviosa en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo tanto, sus pensamientos están influidos por sus familias, las cuales le otorgan una gran importancia a la figura corporal. Cómo ya se manifestó anteriormente, la familia es uno de los factores más importantes que participan en el desarrollo de la anorexia nerviosa, que desde el punto de vista de García (1993) esto provoca que este tipo de personas habitualmente trate temas relacionados con el peso, la talla y la figura corporal debido a que existe una obsesión por la delgadez provocada por un impulso para conocer los métodos para reducir de peso, como dietas, conteo de calorías y utilización de productos dietéticos.

Los *estudiantes del turno vespertino* proyectaron pensamientos y conductas relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria no específicos, los cuales son provocados por antecedentes e influencias familiares así como intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura. Cabe señalar que los signos y síntomas manifestados pueden estar relacionados tanto con la anorexia nerviosa como con la bulimia nerviosa debido a que no cuentan con características propias.

En cuanto al **Sexo**, los *sujetos del sexo masculino* presentan rasgos relacionados con la anorexia nerviosa, por lo tanto, una característica que manifiestan es el deseo de tener una figura corporal muy delgada. El DSM-IV (1996) y Toro y Vilardell (1989) refieren, que esto se debe a la presencia de alteraciones perceptivas con la forma y el peso corporal, ya que les impide distinguir la figura corporal real con la que cuentan. Además, de que a través de este deseo demuestran que tienen la capacidad de controlar algunos aspectos de su vida.

Con respecto a las *mujeres*, éstas presentan rasgos que implican la presencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, por lo tanto, manifiestan signos y síntomas de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, pero sin presentar todo el cuadro clínico para cada trastorno.

Con relación a la **Etapas de Desarrollo**; en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria los *sujetos de 17 a 20 años* que se encuentran en el periodo final de la adolescencia presentaron rasgos de anorexia nerviosa influidos a la apariencia física y el desarrollo del deseo obsesivo por poseer una figura corporal delgada. Toro y Vilardell (1989) y Toro (1999) sugieren, que su deseo por tener una figura delgada se debe a que frecuentemente estas personas consideran que el estar delgado representa la probabilidad de éxito en sus actividades y la manera de obtener seguridad,

aceptación y elevar la autoestima, además de que les ayudará a conseguir con más facilidad el cumplimiento de metas dirigidas al triunfo.

Los *sujetos de 17 a 20 años* que abarcan el periodo final de la adolescencia y de *21 a 33 años* que se ubican en la etapa de edad adulta temprana, mostraron rasgos que implican el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria no específicos que, cómo ya se indicó son causados por antecedentes familiares, intereses personales, hábitos y autopercepción de los sujetos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Para el análisis del **Índice de Masa Corporal**, se encontró en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria que los *sujetos con bajo peso*, manifestaron características propias de la anorexia nerviosa. Desde el punto de vista de Toro y Vilardell (1989) y Turón (1997), la influencia familiar que participa en el desarrollo de dicho trastorno también participa a partir del tipo de familia de las personas, por lo cual, al existir características relacionadas con una dinámica rígida y estricta surge la necesidad de cumplir con reglas establecidas, lo cual ocasiona en los hijos que, al sentirse manipulados en sus actividades aprendan a tener un autocontrol de sus vidas que incluye control de la alimentación y peso corporal.

En el caso de los *sujetos con peso normal, sobrepeso y obesidad*, se observó la presencia de trastornos de la conducta no específicos, lo que significa que tienen una relación alterada con la comida, pero no reúnen los criterios de diagnóstico escritos para la anorexia o la bulimia, (Tannenhaus 1999.)

Con respecto al **Nivel Socioeconómico** se encontró que los *sujetos de nivel muy bajo, nivel medio-bajo y nivel muy alto* presentan particularidades de la anorexia nerviosa en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. En la opinión de Goldman (1994) y Ortiz (2002), otra característica propia de este trastorno es que las personas

constantemente están a dieta, ya que consideran que es un método que les brinda felicidad y bienestar, lo cual es provocado y reforzado por el pensamiento distorsionado y el miedo negativo al aumento de peso.

Los *sujetos de nivel socioeconómico bajo, medio-medio, medio-alto y muy alto* obtuvieron resultados relacionados con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, por lo tanto, presentan signos y síntomas de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Considerando el **Estado Civil de los Padres**, se encontró que los *sujetos con madre soltera, padres en unión libre y padres viudos* presentaron rasgos de anorexia nerviosa en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Toro y Vilardell (1989) han reconocido, que es común que la madre de la persona con anorexia nerviosa tenga sobrepeso, por lo cual, esto puede ocasionar que la persona tenga un rechazo hacia la figura materna y por ende a todo lo relacionado con la obesidad; así que, dicha figura corporal será vista cómo desagradable e imperfecta, y cómo desventaja para la aceptación y logro de metas.

Los *sujetos con padres casados, padres en unión libre y con padres separados o divorciados* presentaron signos y síntomas que indican la presencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, por lo cual, cómo ya se indicó tienen ciertas características relacionadas con alteraciones respecto a la comida y la figura corporal.

En cuanto al **Año Escolar** se encontró que los *estudiantes de primero, segundo y tercer año* mostraron en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, características de la anorexia nerviosa. Esto indica que aparte de los aspectos mencionados anteriormente, las personas presentan conductas excesivas en la realización de ejercicio extremo del cual Toro y Vilardell (1989) opinan, que las personas

constante y obsesivamente realizan ejercicio, ya que tienen la creencia de que a mayor realización de actividad física se producirá una rápida pérdida de peso, lo cual le proporciona tranquilidad.

Los *estudiantes de tercer año* tienen características relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria no específicos por lo cual, presentan características de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pero no sus cuadros clínicos en totalidad.

En cuanto al Área se encontró que los *estudiantes de escenografía, dirección, dramaturgia y tronco común* tienen características descritas para la anorexia nerviosa en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Continuando con la descripción de los hábitos específicos de dicho trastorno Toro y Vilardell (1989) mencionan, que las personas anoréxicas llegan a tener interés por conocer diferentes dietas con el fin de llevarlas a cabo y así obtener la figura corporal anhelada, además de que llegan a consumir productos light debido al cuidado de la alimentación que existe, el cual es originado por la obsesión a la delgadez.

Por su parte, los *estudiantes de actuación* demostraron trastornos de la conducta alimentaria no específicos, por lo tanto, su interés por la figura corporal y la presencia de conductas inadecuadas son originada por las exigencias que tienen como actores, ya que Jiménez y Ceballos (1985) opinan, que el actor debe ser bastante "atractivo", ya que al salir al escenario se enfrentará a una lucha de sistemas interpretativos que decidirán la obtención del éxito en el momento de actuar.

B. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

En los **resultados generales** y de acuerdo con la Subescala de Bulimia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria se encontró que *los estudiantes de teatro* tienen pensamientos o conductas relacionadas con darse comilonas o atracones de

comida incontrolables. Esto concuerda con lo que opinan Braguinsky y cols., (1996), Davison (2002), DSM-IV (1996), French (1999), Hales, Yudofsky y Talbott (2000), Papalia y Wendkos (1998), Saldaña (1994), y Turón (1997), acerca de que los bulímicos comen de forma episódica y generalmente oculta ingiriendo grandes cantidades de alimento, lo cual es una conducta que no cede hasta que no acaban con los alimentos o su estado físico o psíquico se los impide. Desde el punto de Fairborn y Cooper (1984), una dieta severa es el desencadenante de los atracones, los cuales a su vez provocan las conductas compensatorias inapropiadas, cómo el vómito, (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000.)

De este modo, dichos pensamientos y conductas surgen a partir de que las personas dedicadas al teatro reconocen que su cuerpo es el “vehículo” de acción y expresión, así como archivo de todo lo que a lo largo de la vida se vive, por lo cual, es necesario mantenerlo en forma con el fin de que sea atractivo para los demás y con esto proyectar una imagen de sujetos libres, armónicos y expresivos, González (1986) .

En la Subescala de Perfeccionismo los *estudiantes de teatro* demostraron que tienen creencias acerca de que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes, estando convencidos de que los demás esperan de ellos resultados excepcionales, lo cual indica que existen conductas propias de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa como, insatisfacción personal con respecto a las metas, sensación de falta de confianza en sí mismos, necesidad de ser bastante “buenos” para los demás, etc., todo con el fin de solucionar sentimientos de seguridad y baja autoestima, (French, 1999; Goldman, 1994, y Toro, 1999.) En un intento por demostrar sus capacidades, las personas dedicadas al teatro manifiestan estos rasgos, ya que consideran que es necesario contar con un aparato vocal y corporal sumamente sensible, que transmita

con fineza, en forma instantánea y exacta las vivencias interiores. Por tal motivo, se preocupan por el aparato interior, que crea el proceso de la vivencia y el aparato exterior, el corporal, que transmite fielmente los resultados de la labor creadora del sentimiento, lo cual hace que busquen la perfección entre la conexión de la mente y el cuerpo, (Stanislavski, 1994.)

Por medio de la Subescala de Desconfianza Interpersonal se reconoció que los *estudiantes de teatro* están dirigidos a manifestar un desinterés por establecer relaciones íntimas mostrando dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos surgiendo la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia, con lo cual demuestran que presentan conductas de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y de la sobrealimentación compulsiva que desembocan en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria no específicos y las cuales se refieren a retraimiento social, irregularidad e inestabilidad en los intercambios sociales, aislamiento y dificultad para establecer relaciones sociales y afectivas, (French, 1999; Saldaña, 1994; Saucedo, 1996; Toro y Vilardell, 1989, y Turón 1997.)

En la opinión de Moraleda (1995), las interacciones sociales de los jóvenes se ven afectadas por el cambio en sus sentimientos y relaciones con las personas, que en un intento por lograr una apreciación más equilibrada del propio valor y de aquellas personas que lo rodean, manifiestan que este cambio de los sentimientos y relaciones contribuirán en gran medida el desarrollo de la reflexión y el juicio que les permita ver a dichas personas con más perspectiva y despego, desprendiéndose afectivamente de lo que antes podría irritarles y herirles profundamente y así aceptar a los otros y a sí mismos como seres no perfectos con sus defectos a los que es necesario acomodarse.

En cuanto al Miedo a la Madurez se observó que los *estudiantes de teatro* tienen un conflicto que les hace sentir un deseo de volver a la seguridad de la infancia, ya que piensan que esta regresión les proporcionará alivio frente a la confusión de su juventud y los conflictos familiares, lo cual se presenta en las personas que padecen anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, ya que la primera, se estructura alrededor de la oralidad que busca la satisfacción a través de la madre, y la segunda, tiene que ver con la satisfacción de necesidades de objeto, (Ortiz, 2002; Poblano y Trigueros, 2000, y Strada 2002.)

Con respecto a **Institución**, en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontró que los *estudiantes de la UNAM y del INBA* puntuaron alto en la Subescala de Bulimia, por lo tanto, surgen en ellos pensamientos relacionados con los atracones teniendo episodios de comilonas o atracones de comida incontrolables. De acuerdo con French (1999), las personas bulímicas comen en exceso independientemente del hambre que tengan, lo cual se debe a que durante el atracón experimentan una pérdida completa del control sobre lo que están comiendo sintiendo una compulsión de ingerir grandes cantidades de comida durante un tiempo relativamente corto.

En los *sujetos de la UNAM*, se observó a través de la Subescala de Perfeccionismo que tienen creencias acerca de que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes; Garner (1998) ha dicho, que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de dichos trastornos alimentarios.

De igual manera, los *sujetos de la UNAM*, manifestaron a través de la Subescala de Desconfianza Interpersonal un desinterés por establecer relaciones íntimas y una dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos surgiendo la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia. De acuerdo con Garner (1998), la

necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico en relación con la aparición y persistencia de algún trastorno alimentario.

Los *estudiantes de ambas Instituciones* manifestaron un conflicto que les hace sentir un deseo de volver a la seguridad de la infancia, ya que pueden pensar que esta regresión les proporcionará alivio frente a la confusión de su juventud y los conflictos familiares. Desde el punto de vista de Garner (1998), esto tiene relación con la psicopatología de las personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, la cual significa que existe un temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez, por lo tanto, el control de la alimentación se convertirá en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica.

Considerando el **Turno**, por medio de la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontró que los *sujetos de ambos turnos* tienen pensamientos y conductas que implican atracones de comida incontrolables. De acuerdo con Sherman y Thompson (1999), los excesos en la comida son debidos a factores psicológicos, ya que las personas se han privado de platillos que en realidad se les antoja pero que se abstuvieron de comer. Además estos excesos pueden ser útiles en dos sentidos, el primero, les distraen de sentimientos displacenteros y el segundo, les permite liberar la tensión que se ha incrementado al reprimir sus sentimientos experimentando por un momento una sensación de alivio.

La Subescala de Perfeccionismo demostró que los *sujetos de ambos turnos* presentaron características de perfeccionismo que, cómo ya se mencionó, éste es un rasgo que llega a desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria. García-Camba (2002) opina, que debido a los cambios experimentados en la sociedad con respecto a la forma de comer y la implantación de valores estéticos relacionados con el cuerpo e imagen

corporal, se introyecta la idea de que la delgadez ofrece una identidad personal, la cual se basa en la apariencia externa, la física, la identidad personal y el éxito que reflejan conductas de perfeccionismo.

Los *sujetos del turno vespertino* presentaron características de la Subescala de Desconfianza Interpersonal, manifestando desinterés por establecer relaciones íntimas y la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos surgiendo la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia.

Al tomar en cuenta la Subescala de Miedo a la Madurez para los *sujetos de ambos turnos* se encontró que tienen el deseo de volver a la seguridad de la infancia como una forma de evitar los conflictos surgidos en su juventud y los conflictos familiares. Desde la visión de Moraleda (1995), esto se debe a que la juventud es un estadio transitorio en donde aún no se ha alcanzado la madurez, porque está lejos de haberse tranquilizado las crisis de crecimiento puberal, refiriéndose a los cambios biopsicosociales, donde hay una búsqueda de identidad. Por lo tanto, estas alternancias se manifestaran en el aspecto afectivo y en la formación de valores, intereses y criterios morales que llevan a los sujetos a tratar de evitar dicha madurez.

Los *estudiantes del turno vespertino* presentaron dificultad para regular sus propios impulsos, tendencias al abuso de estimulantes, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales, por lo cual muestran conductas anoréxicas, bulímicas y de personas con obesidad.

Con respecto al **Sexo**, a través de la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontró que los *sujetos de ambos sexos* presentaron una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. Desde el punto de vista de Sherman y Thompson (1999), el exceso de

comer se convierte en un goce, ya que por un lado, las personas pueden disfrutar realmente el sabor de la comida ingerida en los atracones, y por otro lado, el goce experimentado se relaciona la liberación de tensión que se percibe como placentera.

Las *mujeres* presentaron rasgos de una personalidad caracterizada por el perfeccionismo los cuales, cómo ya se mencionó, implican la creencia de que deben hacer las cosas correctamente, ya que los demás están en espera de resultados sorprendentes por parte de ellas, observándose así, una necesidad de agradecerles.

Con la Subescala de Desconfianza Interpersonal se encontró que las *mujeres* y *hombres* reflejaron rasgos dirigidos hacia un desinterés por establecer relaciones íntimas y una dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos surgiendo la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia.

De igual manera, los *estudiantes de ambos sexos* demostraron en la Subescala de Miedo a la Madurez el deseo de volver a la seguridad de la infancia, lo cual, desde el punto de vista de Rice (1997), se debe a que como los jóvenes se encuentran en un proceso por lograr la autonomía emocional que consiste en romper los vínculos emocionales de dependencia que han sido formados y reorientados sobre la base de igualdad que debe existir entre dos personas, se presenta cierto temor al no saber cómo lograr su independencia.

Los *hombres* manifestaron impulsividad la cual se refleja en la dificultad para regular los propios impulsos, tendencias al abuso de estimulantes, hostilidad, agitación, autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales, por lo cual presentan conductas de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, de la obesidad y de sobrealimentación compulsiva.

De acuerdo a la **Etapa de Desarrollo**, los *sujetos de 17 a 20 años* que se encuentran en el periodo final de la adolescencia y los *sujetos de 21 a 33 años* que están en la etapa de edad adulta temprana, mostraron con la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, características que desembocan en el desarrollo de bulimia nerviosa, por lo tanto, hay una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

Los *sujetos de 17 a 20 años* reflejaron un pensamiento que implica conductas perfectas, lo cual puede ser la consecuencia, como lo señala Levinson (1978), de la necesidad por destacar entre los demás ya que es en este momento cuando las personas abandonan las normas familiares y los grupos adolescentes y trabajan para independizarse psicológicamente de sus padres, es decir, organizan sus propias ideas convirtiéndose así en personas más autónomas que luchan para lograr la consolidación de sus metas y así agradar a los demás, (Hoffman, Paris y Hall 1996.)

En la Subescala de Miedo a la Madurez los *sujetos de 17 a 20 y de 21 a 33 años* reflejaron un deseo de volver a la seguridad de la infancia, que desde la visión de Rice (1997), se debe a todo lo que implica el convertirse en un joven, ya que esto supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos y desarrollar una personalidad plena; desarrollando la capacidad para tolerar las tensiones y frustraciones, reconociéndolas como parte de la vida para superar y aceptar sin hostilidad y agresión desmedida, por lo tanto, esto puede provocar que traten de evitar este proceso con el fin de sentirse seguros y protegidos.

Los *sujetos de 17 a 20 años*, demostraron un manejo inadecuado de su impulsividad, lo cual se puede deber al periodo de transición que están experimentando, ya que según Gould (1972, 1978) es aquí, donde el sujeto se forja una identidad y comienzan a

separarse de sus padres existiendo el deseo de no ser corregidos por la familia, (Hoffman, Paris y Hall 1996.)

En el análisis del **Índice de Masa Corporal** y por medio de la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se encontró que los *sujetos con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad* presentaron pensamientos relacionados con el consumo de comida incontrolable o bien con conductas inadecuadas con respecto a la comida que hacen pensar en la aparición de los atracones, además de un interés por volver a la seguridad de la infancia, ya que de este modo creen evitar los conflictos familiares y personales.

A través de la Subescala de Insatisfacción Corporal, los *sujetos con obesidad*, demostraron un conflicto que los lleva a revelar una insatisfacción con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria como son: (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.), lo cual es uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso. Esto se relaciona con la opinión que tienen Kaplan y Sadock (1992), acerca de que las personas con obesidad tienen un desprecio de su imagen corporal ya que sienten que su cuerpo es grotesco y detestable y que los demás los contemplan con hostilidad y desprecio, lo cual está asociado a la preocupación por uno mismo y al deterioro del funcionamiento social. Toro (1999), considera que dicha insatisfacción provoca que estas personas le otorguen importancia a la apariencia física, la cual provocará que tengan en deseo de poseer una figura corporal que este dentro de los estándares de belleza establecidos para así evitar la indiferencia y el rechazo que les generan sentimientos de menosprecio hacia ellos mismos.

Con la Subescala de Perfeccionismo se observó que los *sujetos con obesidad* tienen la creencia de que sus resultados personales deberían ser mejores, ya que sólo son aceptables niveles de rendimiento excelentes, además de que están convencidos de que los demás esperan de ellos resultados excepcionales, cayendo en una lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas. Toro (1999) menciona, que debido a la sobrevaloración positiva por la delgadez asumida por las personas provoca que los sujetos con obesidad traten de corregirla con el fin de ser aceptadas y así lograr alcanzar las metas establecidas, ya que reconocen que las personas emprendedoras sociales y laboralmente activas son las que prefieren o tienen un cuerpo delgado.

Los *sujetos con sobrepeso*, mostraron rasgos relacionados con el perfeccionismo teniendo la creencia de que los demás esperan de ellos resultados excepcionales, por lo tanto, deben hacer las cosas lo mejor posible. Según Toro y Vilardell (1989), y Turón (1997) esto es originado por la dinámica familiar, ya que los padres proyectan una apariencia perfecta que origina una baja tolerancia al sufrimiento familiar, lo cual provoca que al sentirse manipulados los hijos en sus actividades aprendan a tener autocontrol de sus vidas y dependan de la opinión que tienen los demás acerca de ellos.

Los *sujetos con bajo peso, peso normal y sobrepeso*, presentaron un desinterés por establecer relaciones íntimas y una dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos surgiendo la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia lo cual, cómo ya se explicó, es una característica de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los *sujetos con sobrepeso* mostraron dificultad para regular sus impulsos, la tendencia al abuso de estimulantes, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales, lo cual ya fue explicado con anterioridad.

En cuanto al **Nivel Socioeconómico** se encontró que los *sujetos del nivel muy bajo, bajo, medio-bajo, medio-medio, medio alto y muy alto* presentaron características relacionadas con la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables y con el deseo por regresar a la seguridad de la infancia para así evitar los conflictos presentes.

Los *sujetos de nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-medio y muy alto*, demostraron con la Subescala de Perfeccionismo que tienen creencias de que sus resultados personales deben sobresalir, ya que los demás esperan de ellos resultados excepcionales.

A través de la Subescala de Desconfianza Interpersonal los *sujetos de nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-alto y muy alto* reflejaron desinterés por establecer relaciones íntimas, así como una dificultad para expresar los sentimientos y pensamientos. Desde el punto de vista de Rice (1997), esto se debe a que los sentimientos de los jóvenes tienen una influencia en el desarrollo de su personalidad, ya que al enfrentarse a situaciones diversas como las relaciones amorosas, el empleo y las actividades cotidianas, éstas tendrán un efecto considerable sobre la felicidad y la satisfacción con la vida por lo tanto, si no reciben lo que esperan los jóvenes podrán optar por dejar a un lado la interacción social y el intercambio afectivo.

En la Subescala de Impulsividad los *sujetos de nivel socioeconómico bajo y muy alto*, reflejaron problemas para manejar sus propios impulsos por lo cual, presentan conductas dirigidas a la hostilidad, agitación, autodestrucción y destrucción de relaciones interpersonales.

Con respecto al **Estado Civil de los Padres** se encontró que en la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria los *sujetos con madre*

soltera, padres casados, padres en unión libre, padres separados o divorciados y padres viudos demostraron conductas dirigidas hacia la tendencia de tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comida incontrolables. Desde el punto de vista de Braguinsky y cols., (1996), y Turón, (1997), las relaciones difusas, cambiantes, contradictorias, conflictivas y desorganizadas de las familias de las personas con rasgos bulímicos, es participe del desarrollo de las conductas inapropiadas respecto al acto de comer que caracterizan a dicho trastorno, por lo tanto, la influencia con respecto a la forma de comer puede surgir a partir de que alguno de los padres, trate de corregir sus hábitos alimentarios y los de su familia a través de la crítica hacia la obesidad y sobrepeso transmitiendo a sus hijos preocupaciones relacionadas con su alimentación, peso y forma de comer, ya que a pesar de no contar con la figura anhelada existe es deseo por tenerla.

Los *sujetos con padres en unión libre* mostraron a través de la Subescala de Ineficacia la experimentación de sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida, por lo cual, presentan conductas anoréxicas y bulímicas. Sherman y Thompson (1999) opinan, que estos sentimientos significan que la persona no se agrada a sí misma, centrándose en su aspecto físico, ya que le desagrada su ser interno tendiendo a denigrarse.

Los *sujetos con padres casados, padres en unión libre y con padres separados o divorciados* presentaron rasgos relacionados con el perfeccionismo, lo cual indica, que tienen una inclinación hacia el deseo de hacer las cosas perfectamente ya que existe en ellos una necesidad de ser reconocidos y agradar a los demás. Esto puede relacionarse con la búsqueda de estabilidad que se tiene en la etapa de la juventud, la cual, según Levinson (1978), implica el momento de hacer elecciones, comprometerse, definir

metas, establecer la ocupación y el matrimonio, lo cual puede incluir una reelaboración y modificación de la estructura vital, por lo tanto, surge la necesidad de hacer las cosas lo mejor posible ya que de esto depende su felicidad y aceptación, (Rice, 1997.)

De igual manera, los *sujetos con padres casados, padres en unión libre y padres separados o divorciados* demostraron en la Subescala de Desconfianza Interpersonal un desinterés por establecer relaciones íntimas lo cual se refleja en la dificultad para expresar los propios sentimientos. Desde el punto de vista de Erik Erikson (1982) esto se debe, en parte, a que los jóvenes están pasando por la etapa de “crisis de intimidad *versus* aislamiento”, en donde necesitan y desean la intimidad además de que requieren establecer compromisos profundos con los demás. Sin embargo, si no pueden lograrlo o temen hacerlo, permanecerán aislados o abstraídos, por lo tanto, la desconfianza interpersonal puede surgir a causa de que no han sido capaces de formar una identidad propia y capacidad para establecer relaciones interpersonales, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Con la Subescala de Miedo a la Madurez los *sujetos con padres casados, padres en unión libre, padres separados o divorciados y padres viudos* manifestaron un deseo de volver a la seguridad de la infancia, ya que piensan que así podrán evitar los conflictos familiares que han estado presentes a lo largo de sus vidas. De este modo, al considerar el concepto dado por Erikson (1981), que se refiere al hecho de que los jóvenes han madurado en las dimensiones física, social y afectiva, llegando a un momento en donde se complementa lo vivido en etapas anteriores para adquirir experiencia que conducirá a la formación de un criterio más amplio, se reconoce que algunas personas manifestaran cierto temor por saber que han llegado a una etapa de maduración total.

Por su parte, los *sujetos con padres en unión libre y padres separados o divorciados* demostraron una dificultad para regular sus impulsos y la tendencia al abuso de estimulantes, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Garner (1998) reconoce, que la incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos es un síntoma de los trastornos de la conducta alimentaria.

Considerando el **Año Escolar** se encontró que a través de la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria los *estudiantes de primero, segundo, tercero y cuarto año* presentaron una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables y en la Subescala de Miedo a la Madurez mostraron una inclinación hacia el deseo inconsciente de volver a la seguridad de la infancia, ya que creen que dicha regresión puede proporcionar alivio frente a la confusión de su vida y los conflictos familiares.

Por medio de la Subescala de Perfeccionismo los *estudiantes de primero, segundo y tercer año* mostraron características de estar en una lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionista, ya que están convencidos de que los demás esperan de ellos resultados excepcionales.

Los *estudiantes de primero y segundo año* manifestaron con la Subescala de Desconfianza Interpersonal un desinterés por establecer relaciones íntimas así como una dificultad para expresar sus sentimientos y pensamientos.

Los *estudiantes de primero y segundo año* manifestaron rasgos de impulsividad, lo cual cómo ya se mencionó es una característica de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, dicha impulsividad puede estar relacionada con los compromisos que adquieren los jóvenes en esta etapa. Desde el punto de vista de Lowenthal (1977) los

jóvenes adquieren compromisos importantes como los compromisos morales en donde las personas emplean principios morales que son considerados más amplios que los de cualquier sociedad en particular. Los compromisos interpersonales en donde la mayoría de los jóvenes se comprometen hasta tal punto que las relaciones íntimas se caracterizan por la profunda solidaridad y el respeto mutuo y los compromisos de maestría que se refieren a los compromisos ocupacionales, los cuales están relacionados con la profesión que elige tener cada persona, (Worchel y Shebilske, 1998.) De este modo, el estar pensando en el cumplimiento de dichos compromisos los jóvenes pueden experimentar cierta hostilidad hacia ellos.

Analizando el **Área** se encontró, con la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria que los *estudiantes de escenografía, actuación, dirección, dramaturgia y tronco común*, mostraron una tendencia a tener pensamientos o darse atracones seguidos por la utilización de métodos inapropiados que ayuden a contrarrestarlos y así disminuir la ansiedad. Además, manifestaron el deseo por volver a la seguridad de la infancia como una forma de evitar conflictos.

Los *estudiantes de escenografía, actuación y tronco común*, manifestaron una tendencia dirigida a la creencia de que sólo son aceptables niveles de rendimiento excelentes, por lo tanto, los resultados personales siempre deben ser mejores. En el caso de los estudiantes de escenografía esto se relaciona con la definición que Wright (1992) le atribuye a estas personas mencionado que hacen lo necesario para apuntalar el espíritu de la obra teatral, para proyectar el argumento y realzar la calidad de la producción, por lo tanto, es importante destacar que se exigen demasiado para presentar un buen trabajo. Con respecto a los actores, Heffner, Selden y Sellman (1980) afirman, que la principal función de éstos en la representación de una obra es interpretar los papeles de

los diversos agentes en la acción ya que con su completa preparación y dominio de la técnica les permite tener una amplia representación así que pueden existir ciertos rasgos perfeccionistas en este tipo de personas.

De acuerdo a la Subescala de Desconfianza Interpersonal los *estudiantes de escenografía, dramaturgia y tronco común* tienen una necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia además de una dificultad para expresar pensamientos y sentimientos.

Los *estudiantes de escenografía y tronco común* tienen dificultad para regular sus propios impulsos, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales, lo cual como ya se mencionó es un síntoma de los trastornos de la conducta alimentaria.

Al reconocer los diversos aspectos que deben aprender a manejar las personas dedicadas al teatro que, en la opinión de Wright (1992), éstos incluyen una combinación de comunicación, expresión y entretenimiento formada a partir de una amplia variedad de sensaciones o experiencias tales como: reacciones emocionales, exaltación del espíritu, la confirmación de las propias convicciones o prejuicios personales, un análisis un concepto social, filosófico, político o religioso, la dramatización de historias o relatos parecidos o distinto de la propia vida y un entretenimiento que hace olvidar la vida cotidiana, puede provocar que las personas pasen por un proceso en el que sus impulsos se salgan fuera de control debido a la energía que utilizada para experimentar todo lo que se necesita para ser un buen artista.

3) DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

- PRUEBA t

A. CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En **Institución**, los resultados indican que se encontraron diferencias significativas entre la UNAM y el INBA en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por lo tanto, se reconoce que existe una influencia familiar que está relacionada con creencias y hábitos alimenticios dirigidos a la idea de tener una figura corporal delgada, relacionándola con el éxito; lo cual está provocando que las personas dirijan sus intereses al aspecto físico basado en la delgadez, ya que piensan que para pertenecer a un grupo se debe cumplir con características físicas impuestas para no sentirse rechazado.

Es así cómo Tannenhaus (1999) opina, que debido a que las familias y la sociedad en general manifiestan que el peso y la imagen corporal, son dos de las preocupaciones más importantes que influyen significativamente en las expectativas de bienestar y éxito personal, las personas están destinadas a adquirir hábitos que les ayuden a obtener la figura corporal anhelada, originándose con esto que tengan una percepción errónea acerca de ellas mismas, ya que la felicidad y éxito se buscan a través del reconocimiento de los demás.

De acuerdo al **Sexo** se observa que se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo tanto, la imposición de reglas dentro de las familias pueden estar dirigidas hacia el cumplimiento de estándares de belleza establecidos por la sociedad, así que, los padres y demás

miembros manifiestan ideas acerca de que la belleza se obtiene a través de una figura corporal delgada, lo cual provoca que los hijos aprendan a rechazar a aquellas personas que no tengan la figura corporal adecuada, dirigiendo sus intereses hacia el tratar de cumplir con lo establecido dentro del núcleo familiar, (Toro, 1999.)

En cuanto al **Turno y Etapa de Desarrollo** no se encontraron diferencias significativas en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, en la Subescala de Hábitos y Autopercepción y en la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo cual, se reconoce que los trastornos de la conducta alimentaria se están manifestando de la misma forma en cada grupo.

B. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

Con respecto al EDI-2 se observa que en **Institución** se encontraron diferencias significativas entre la UNAM e INBA en algunas Subescalas y Escala de dicho Inventario. La Subescala de Desconfianza Interpersonal, indica que los sujetos tienen un desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos; con la Subescala de Conciencia Introceptiva, demostraron confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, además de la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. A través de la Subescala de Miedo a la Madurez, manifiestan el deseo de volver a la seguridad de la infancia; con la Subescala de Ascetismo, reflejan la búsqueda de la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de necesidades corporales y en la Subescala de Impulsividad demuestran dificultad para regular los impulsos, la tendencia al abuso de estimulantes, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. En la opinión de

Monedero (1986), dichas conductas y situaciones se presentan en los jóvenes debido a que se encuentran en una etapa en donde las repercusiones e influencias sociales de la adolescencia toman partido, por lo tanto, la manera en que repercuten las conductas que realizan tiene que ver con las decisiones que toman en cuanto a su estilo de vida, así que su forma de pensamiento relacionada con el logro de objetivos y con la aceptación social les provoca una confusión en cuanto a la interacción social y manejo de emociones, decisiones, ideales e impulsos.

De acuerdo al **Turno** se encontraron diferencias significativas en la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo cual, los sujetos del turno matutino y vespertino tienen una tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. Según French (1999) y Saldaña (1994), ésta tendencia es originada porque frecuentemente sus pensamientos están dirigidos hacia la obtención de una figura corporal delgada ya que piensan que al poseerla lograrán el triunfo y la experimentación de sentimientos positivos como la felicidad, seguridad y aceptación.

En cuanto al **Sexo**, no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, ya que dichos trastornos están repercutiendo de la misma manera en las mujeres y en los hombres.

Con relación a la **Etapa de Desarrollo** que incluye el periodo final de la adolescencia (17 a 20 años) y la edad adulta temprana (21 a 33 años) se encontró diferencias significativas en ciertas Subescalas y Escala del EDI-2. La Subescala de Ineficacia indica que los sujetos manifestaron sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y de falta de control sobre la propia vida; en la Subescala de Perfeccionismo mostraron la creencia de que sus resultados personales deberían ser

mejores ya que están convencidos de que los demás esperan de ellos resultados excepcionales; por medio de la Subescala de Desconfianza Interpersonal reflejaron un desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos, y con la Subescala de Conciencia Introceptiva demostraron cierto grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, así como para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Desde el punto de vista de Gould (1972, 1978) dichas situaciones se manifiestan debido a que los jóvenes se encuentran en un periodo en el cual se proponen alcanzar metas, reconociendo que están en un momento de vivir y de crecer para construir el futuro en los ámbitos, personal, laboral, social y familiar, por lo tanto, si sienten que no han recibido lo esperado a causa de falta de tiempo o de voluntad se genera en ellos sentimientos de frustración que influyen y afectan su estilo de vida, lo cual se refleja en el manejo inadecuado de ciertos aspectos de su vida, (Hoffman, Paris y Hall, 1996.)

- **PRUEBA TUKEY**

A. CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Considerando el **Índice de Masa Corporal** se observa que en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas, con respecto a los sujetos de bajo peso, por lo tanto, tienen antecedentes e influencias familiares que determinan dichos trastornos así como en los intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura, lo cual se ve reflejado en los reiterados mensajes que reciben los hijos por parte de su familia acerca de que la belleza depende del peso siendo interiorizados y dirigidos hacia el interés por tratar

temas relacionados con el peso, la talla y figura corporal, ya que existe una obsesión por la delgadez que provoca el impulso de conocer todos los métodos que ayuden a perder peso, más adelante origina el deseo de tener una figura corporal muy delgada convirtiéndose en una obsesión provocando alteraciones perceptivas en la forma y tamaño del cuerpo, (DSM-IV, 1996; García, 1993; Toro y Vilardell, 1989, y Toro, 1999.)

Con relación al **Año Escolar** se reconoció que en la Subescala de Hábitos y Autopercepción y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de tercer año, por lo cual, sus conductas están dirigidas hacia la utilización de métodos que ayuden a perder peso. De este modo, hábitos como el ayuno, las dietas, la realización de ejercicio extremo, y la adquisición y consumo de productos para adelgazar se convierten en parte de la vida cotidiana de las personas que tienen como fin mantener una figura corporal delgada, (DSM-IV, 1996; García, 1993; Toro y Vilardell, 1989, y Toro, 1999.)

Con respecto al **Nivel Socioeconómico, Estado Civil de los Padres y Área** se observa que no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria debido a que los trastornos alimentarios se están presentando de la misma forma en cada grupo.

B. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

En el análisis del **Índice de Masa Corporal** se observa que en la Subescala de Obsesión por la delgadez del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas, entre los sujetos de bajo peso y los sujetos con sobrepeso, por lo cual, reflejan una búsqueda incesante de la delgadez y la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. Es así cómo, a causa de las creencias disfuncionales que se tienen con respecto al cuerpo e imagen corporal, las

dietas, el ejercicio excesivo, utilización de métodos compensatorios como ayuno, purgas, vómito, etc., son conductas que se llevan a cabo frecuentemente ya que consideran que a través de estas podrán obtener la figura corporal anhelada, (French, 1999; Hales, Yudofsky y Talbott, 2000, y Spangler, 1999.)

En la Subescala de Insatisfacción Corporal los sujetos con obesidad mostraron diferencias significativas en cuanto a la insatisfacción con la forma general del cuerpo y con algunas partes del mismo que suelen preocupar más a las personas. Desde la visión de Saldaña y Rossell (1988), dicha insatisfacción es originada por el concepto que tienen las personas obesas acerca de su figura corporal, ya que la consideran como desagradable, grotesca y que provoca hostilidad a los demás. De este modo, con el fin de tratar de corregir su obesidad y calmar su insatisfacción pueden tener cierto interés por bajar de peso recurriendo a la realización de dietas, ejercicio y ayuno; aunque cabe señalar, que dichas técnicas raramente son llevadas a cabo por periodos largos de tiempo ya que son consideradas como difíciles de realizar, provocando esto que no obtengan los resultados esperados, (Saldaña, 1994.)

En cuanto al **Estado Civil de los Padres**, los resultados indican que en la Subescala de Ineficacia, en la Subescala de Conciencia Introceptiva y en la Escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas entre los sujetos con padres en unión libre por lo tanto, manifiestan sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida, además de dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. Kenneth Keniston, (citado en Neugarten, 1999), reconoce, que al tener los jóvenes como principal objetivo la confrontación con la sociedad, la

clasificación de los valores y el conseguir un “ajuste” entre el “yo” y la sociedad pueden surgir en ellos pensamientos acerca de que son incapaces de manejar aspectos relacionados con la intimidad, la elección de una pareja y el cumplimiento de las expectativas en el mundo laboral, ya que en muchas ocasiones las emociones invaden el razonamiento.

De acuerdo al **Área** se encontraron diferencias significativas en la Subescala de Desconfianza Interpersonal del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo tanto, los estudiantes de actuación y de tronco común mostraron un desinterés por establecer relaciones íntimas, así como en la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. De acuerdo con González (1986), las personas dedicadas al teatro deben aprender a manejar adecuadamente la comunicación, hasta llegar al punto de sensibilizar su “escucha” hacia sí mismo a la vez que hacia todo lo que les rodea surgiendo la capacidad de entrega mediante la escucha. Por lo tanto, en el intento por tratar de descubrir el porqué de una situación y el darse cuenta de que están implicadas otras personas y que sólo podrán resolverla con confianza en la medida en que exista una verdadera comunicación con los demás, saldrán a flote temores e inseguridades que los llevará a tener dificultad para expresar lo que sienten y piensan, teniendo poco interés para interactuar, lo cual se va disipando en la medida en que aprenden a escuchar, entender y confiar.

Con respecto al **Nivel Socioeconómico y Año Escolar** se observa que no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, lo cual indica que dichos trastornos se están manifestando de la misma manera en cada grupo.

C O N C L U S I O N E S

Con base a los resultados obtenidos del presente estudio, se determina que se cumplieron los objetivos y las hipótesis planteadas:

1. Se reconoce que la muestra utilizada en el presente estudio es representativa, ya que sus características son homogéneas en cuanto al tipo de Institución, el turno, el sexo, la etapa de desarrollo, el índice de masa corporal, el nivel socioeconómico, el estado civil de los padres, el año escolar y el área.
2. De acuerdo con el objetivo general, se realizó una investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Teatro de ambos sexos con edades entre 17 y 33 años de acuerdo a la Institución, turno, sexo, etapa de desarrollo, índice de masa corporal, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, año escolar y área.
3. En base a los objetivos particulares se deduce que:
 - Se detectó la influencia de los antecedentes familiares, los intereses personales, los hábitos y la autopercepción, así como la existencia de trastornos de la conducta alimentaria en los factores personal, social, corporal, en estudiantes de Teatro de ambos sexos con edades entre 17 y 33 años, por lo cual se creó el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, que es adecuado para medir éstos aspectos que desencadenan a los trastornos de la conducta alimentaria cómo: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos; además de que este instrumento cuenta con el análisis técnico como: confiabilidad, validez y normas de calificación.

- En el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontró que a través de la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, la Subescala de Hábitos y Autopercepción y la Escala de dicho Cuestionario, los sujetos de la UNAM presentaron características distintivas de Bulimia Nerviosa y los estudiantes del INBA manifestaron características de Anorexia Nerviosa.
- Con respecto al Turno, se encontró que en las Subescalas y Escala de dicho Cuestionario, los estudiantes del turno matutino presentaron características de Anorexia Nerviosa y los estudiantes del turno vespertino presentaron rasgos de trastornos de la conducta alimentaria no específicos.
- De acuerdo al Sexo, se identificó que los estudiantes del sexo masculino mostraron rasgos de Anorexia Nerviosa y los sujetos de sexo femenino presentaron características de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Con relación a la Etapa de Desarrollo se observó, que los sujetos de 17 a 20 años (que se ubican en el periodo final de la adolescencia) demostraron presentar rasgos de Anorexia Nerviosa en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción, mientras que, en la Escala del Cuestionario manifestaron características de trastornos de la conducta alimentaria no específicos. Los sujetos de 21 a 33 años (que se ubican en la etapa de edad adulta temprana) presentaron rasgos de trastornos de la conducta alimentaria no específicos en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- Considerando en Índice de Masa Corporal, se reconoció que los estudiantes de bajo peso manifestaron características de Anorexia Nerviosa y los estudiantes de peso normal, sobrepeso y obesidad presentaron rasgos de trastornos de la conducta alimentaria no específicos, por medio de las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- En cuanto al Nivel Socioeconómico, se distinguió que los estudiantes de nivel socioeconómico muy bajo y medio-bajo presentaron características de Anorexia Nerviosa y los estudiantes de nivel socioeconómico bajo, medio-medio y medio-alto manifestaron rasgos de trastornos de la conducta alimentaria no específicos en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. En la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la Escala del Cuestionario los sujetos de nivel socioeconómico muy alto demostraron rasgos de Anorexia Nerviosa, y en la Subescala de Hábitos y Auto percepción presentaron características de trastornos de la conducta alimentaria no específicos.
- De acuerdo al Estado Civil de los Padres, se comprobó que los estudiantes con madre soltera y padres viudos presentaron rasgos de Anorexia Nerviosa y los estudiantes con padres casados y con padres separados o divorciados tuvieron características de trastornos de la conducta alimentaria no específicos en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. A través de la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, los sujetos con padres en unión libre, demostraron presentar rasgos de Anorexia Nerviosa y en la Subescala de Hábitos y Auto percepción y Escala del Cuestionario

arrojaron resultados relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria no específicos.

- Con respecto al Año Escolar, se determinó que los estudiantes de primero, segundo y tercer año presentaron características de Anorexia Nerviosa y los estudiantes de tercer año mostraron rasgos de trastornos de la conducta alimentaria no específicos en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Con relación al Área, los estudiantes escenografía, dirección, dramaturgia y tronco común demostraron que presentan características de Anorexia Nerviosa, y los estudiantes de actuación manifestaron características de trastornos de la conducta alimentaria no específicos en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- De acuerdo con los resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), se encontró que los estudiantes de ambas Instituciones presentaron las características descritas por la Subescala de Bulimia y la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de la UNAM presentaron conductas y actitudes relacionadas con la Subescala de Perfeccionismo y la Subescala de Desconfianza Interpersonal, lo cual afecta el factor personal y social respectivamente.
- Con respecto al Turno, se encontró que los estudiantes de ambos turnos presentaron características de la Subescala de Bulimia, la Subescala de Perfeccionismo y la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes del turno vespertino presentaron rasgos descritos por la

Subescala de Desconfianza Interpersonal y la Subescala de Impulsividad, lo que afecta el factor social y personal respectivamente.

- Considerando el Sexo, se identificó que los estudiantes de ambos sexos presentaron las características de la Subescala de Bulimia, la Subescala de Miedo a la Madurez que afectan el factor personal y de la Subescala de Desconfianza Interpersonal que afecta el factor social. Los estudiantes de sexo femenino presentaron actitudes relacionadas con la Subescala de Perfeccionismo, lo cual afecta el factor personal, mientras que, los sujetos del sexo masculino manifestaron características de la Subescala de Impulsividad afectado el factor personal.
- Con relación a la Etapa de Desarrollo, se encontró que los estudiantes de 17 a 33 años (de ambas etapas de desarrollo) presentaron características de la Subescala de Bulimia y de la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de 17 a 20 años (que se ubican en el periodo final de la adolescencia) presentaron conductas de la Subescala de Perfeccionismo y la Subescala de Impulsividad, afectando el factor personal.
- De acuerdo al Índice de Masa Corporal, se reconoció que los estudiantes de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad presentaron las características descritas por la Subescala de Bulimia y la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes con sobrepeso y obesidad, presentaron conductas y actitudes relacionadas con la Subescala de Perfeccionismo, lo que afecta el factor personal. Los estudiantes con bajo peso, peso normal y sobrepeso, presentaron rasgos de la Subescala de Desconfianza Interpersonal, afectando el factor social. Los sujetos con sobrepeso presentaron características de la

Subescala de Impulsividad, lo cual afecta el factor personal. Las características de la Subescala de Insatisfacción Corporal fueron encontradas entre los sujetos con obesidad por lo que se ve afectado el factor corporal.

- Con respecto al Nivel Socioeconómico, se detectó que los estudiantes de nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-bajo, medio-medio, medio alto y muy alto manifestaron características de la Subescala de Bulimia y la Subescala de Miedo a la Madurez, afectando el factor personal. Los estudiantes de nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-medio y muy alto presentaron conductas relacionadas con la Subescala de Perfeccionismo, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio-alto y muy alto, presentaron características de la Subescala de Desconfianza Interpersonal, afectando el factor social y los sujetos de nivel socioeconómico bajo y muy alto mostraron rasgos descritos por la Subescala de Impulsividad viéndose afectado el factor personal.
- A través del Estado Civil de los Padres, se encontró que los estudiantes con madre soltera, padres casados, padres en unión libre, padres separados o divorciados y con padres viudos presentaron las características descritas por la Subescala de Bulimia lo cual afecta el factor personal. Los sujetos con padres en unión libre manifestaron rasgos descritos por la Subescala de Ineficacia, viéndose afectado el factor social. Los estudiantes con padres casados, padres en unión libre y con padres separados o divorciados presentaron características de la Subescala de Perfeccionismo y la Subescala de Desconfianza Interpersonal, afectando el factor personal y social. Los estudiantes con padres casados, padres en unión libre, padres separados o divorciados y con padres viudos, manifestaron

las características descritas por la Subescala de Miedo a la Madurez lo que indica una afectación en el factor personal, y los sujetos con padres en unión libre y padres separados o divorciados, manifestaron las características descritas por la Subescala de Impulsividad, lo cual daña el factor personal.

- En cuanto al Año Escolar, se determinó que los estudiantes de primero, segundo, tercero y cuarto año presentaron las características descritas por la Subescala de Bulimia y la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de primero, segundo y tercer año presentaron rasgos de la Subescala de Perfeccionismo, lo que afecta el factor personal. Los estudiantes de primer y segundo año manifestaron características de la Subescala de Desconfianza Interpersonal y de la Subescala de Impulsividad, viéndose afectado el factor social y el factor personal, respectivamente.
 - De acuerdo al Área, se demostró que los estudiantes de escenografía, actuación, dirección, dramaturgia y de tronco común presentaron las características descritas por la Subescala de Bulimia y la Subescala de Miedo a la Madurez, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de escenografía, actuación y tronco común presentaron conductas y actitudes relacionadas con la Subescala de Perfeccionismo, lo cual afecta el factor personal. Los estudiantes de escenografía, dramaturgia y tronco común presentaron rasgos de la Subescala de Desconfianza Interpersonal, afectando el factor social mientras que, los estudiantes de escenografía y tronco común manifestaron las características descritas por la Subescala de Impulsividad, la cual daña el factor personal.
4. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre los estudiantes de Teatro de acuerdo a

los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, factores personal, social, corporal, conforme al tipo de Institución, turno, sexo, a la etapa de desarrollo, índice de masa corporal, estado civil de los padres, año que cursan y área. Determinando que:

- De acuerdo al tipo de Institución se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la UNAM y el INBA en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Con respecto al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores personal y social que están relacionados con las Subescalas de Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad y la Escala del EDI-2.
- Con relación al Turno, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en las Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales, en la Subescala de Hábitos y Autopercepción y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Mientras que, en el factor personal que incluye la Subescala de Bulimia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
- Con respecto al Sexo femenino y sexo masculino se identificó que existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y en las Subescalas y

Escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

- De acuerdo a la Etapa de Desarrollo que incluye el periodo final de la adolescencia (17 a 20 años) y la edad adulta temprana (21 a 33 años) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas conforme avanza la edad en los factores personal y social que están relacionados con las Subescalas de Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Introceptiva y en la Escala del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
- Lo que se obtuvo de acuerdo al Índice de Masa Corporal, es que en la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales se reconoce que existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria entre los sujetos de bajo peso con sujetos de peso normal, sobrepeso y obesidad. En la Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos de bajo peso con sujetos de peso normal, sobrepeso y obesidad. En la Subescala de Obsesión por la delgadez del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), las diferencias estadísticamente significativas que se encontraron están entre sujetos de bajo peso con sujetos con sobrepeso, lo cual se relaciona con el factor corporal. En la Subescala de Insatisfacción Corporal existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos de bajo peso con sujetos con sobrepeso y obesidad; sujetos de peso normal con sujetos con obesidad, y sujetos

con sobrepeso con sujetos con obesidad que también está relacionado con el factor corporal.

- En cuanto al Estado Civil de los Padres, se comprueba que no existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Mientras que, en la Subescala de Ineficacia del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con madre soltera con sujetos con padres en unión libre; entre sujetos con padres casados con sujetos con padres en unión libre y entre sujetos con padres en unión libre con sujetos con padres separados o divorciados y viudos, lo cual se relaciona con el factor personal. En la Subescala de Conciencia Introceptiva existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con padres casados con sujetos con padres en unión libre, y sujetos con padres en unión libre con sujetos con padres separados o divorciados también relacionadas con el factor personal. En la Escala de Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con madre soltera con sujetos con padres en unión libre; entre sujetos con padres casados con sujetos con padres en unión libre y sujetos con padres en unión libre con sujetos con padres viudos.
- Con relación al Año Escolar, se determinó que existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en la Subescala de Hábitos y Autopercepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria entre sujetos de segundo con sujetos tercer año, y sujetos de tercero con sujetos de cuarto año. En la Escala de dicho Cuestionario existen diferencias estadísticamente significativas

entre sujetos de segundo con sujetos de tercer año, y entre sujetos de tercero con sujetos de cuarto año. Considerando el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las Subescalas y Escala de dicho Inventario.

- Con respecto al Área, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en las Subescalas y Escala del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, y en la Subescala de Desconfianza Interpersonal del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos de actuación con sujetos de tronco común, lo cual afecta el factor social.

5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre los estudiantes de Teatro de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, factores personal, social, corporal, conforme al nivel socioeconómico. Distinguiendo que:

- En el Nivel Socioeconómico, no existen diferencias estadísticamente significativas de los trastornos de la conducta alimentaria en las Subescalas del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria ni en las Subescalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Por otro lado, y considerando los resultados obtenidos de esta investigación, se concluye que existe un reconocimiento de que los trastornos alimentarios afectan cada vez más a sujetos vulnerables, como los estudiantes de teatro que utilizan su cuerpo como elemento de trabajo. Determinando la existencia de antecedentes familiares, intereses y hábitos dirigidos hacia la importancia por la imagen corporal son factores,

que dan inicio al surgimiento de dichos padecimientos, por lo tanto, si la familia como principal elemento que participa en el desarrollo de la personalidad de los sujetos le da importancia a la estética corporal, es más fácil entender la influencia que tienen los medios de comunicación y la sociedad con respecto al cuidado de la imagen corporal, sobre los intereses, deseos y aparición de nuevos hábitos que tienen los jóvenes.

Se reconoce que una parte de la población ha sido influida en gran medida por el interés por la estética corporal, las personas que estudian Teatro, sin destacar las características Institucionales a la que pertenecen, el sexo, la etapa de desarrollo, el índice de masa corporal, el nivel socioeconómico y el estado civil de sus padres; la presencia de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no específicos estuvieron latentes, aunque manifestándose de distinta manera para cada grupo, pero afectando de la misma forma, los aspectos personales, sociales y de atención al propio cuerpo.

Las personas dedicadas al Teatro se ven influidas ya que reconocen que en su ámbito implica alcanzar popularidad y éxito, por lo que la apariencia física juega un papel importante, ya que piensan que las personas esperan ver sujetos atractivos, ya sea frente al escenario o detrás de él, así que el interés por tratar de cumplir con los estándares de belleza establecidos por la sociedad está presente, además del reconocimiento de su carrera estando expuestos constantemente a ser juzgados y criticados.

A P O R T A C I O N E S

- Obtener una especificación y comprensión de la manifestación y descripción de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro, en base a una descripción biopsicosocial; exponiendo la dinámica interna en los estudiantes de teatro.
- Se realizó la construcción de un Cuestionario para trastornos alimentarios, el cual presenta las características técnicas en cuanto a confiabilidad, validez y normas de calificación de dicho Cuestionario para la población mexicana.
- Integración de datos significativos, obtenidos mediante el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria que nos permite conocer los: antecedentes familiares, intereses personales, hábitos y autopercepción.
- La utilización de los instrumentos como el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) para la descripción de los rasgos manifiestos de los trastornos alimenticios en estudiantes de teatro.
- El estudio representa un servicio de detección oportuna para intervenir en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en sujetos que utilizan su cuerpo como herramienta de trabajo.
- Se reconoció que en diferentes sectores, como es el caso del nivel socioeconómico se manifiestan los trastornos de la conducta alimentaria.

SUGERENCIAS

Con base en los resultados del estudio, a continuación se presentan algunas sugerencias:

- Para subsecuentes investigaciones se determina hacer estudios comparativos con otras muestras de otras entidades del país.
- Considerar a los estudiantes de teatro de nivel medio superior.
- Llevar a cabo investigaciones en profesionistas de teatro, considerando la rama de su especialidad, así como los años de experiencia en su carrera.
- En base a los diagnósticos hechos, implementar programas que tiendan a la prevención oportuna del padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de teatro.
- Fomentar el interés en los estudiantes de teatro con respecto a conocer las causas y consecuencias que provocan el padecer algún trastorno de la conducta alimentaria.
- Realizar estudios relacionados con la importancia de la imagen corporal.

L I M I T A C I O N E S

A continuación se presentan las limitaciones del estudio.

- El tiempo de construcción del Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria, así como el piloteo y la aplicación final para el análisis técnico.
- La aplicación de ambas técnicas, tomó aproximadamente sesenta minutos, en su administración, en este sentido además de su codificación y calificación e interpretación, requiere de mayor tiempo, lo cual determina una investigación costosa en tiempo.
- Dificultad para conseguir la muestra a partir de las variables atributivas requeridas para la investigación.
- Resistencia por parte de algunas Instituciones al efectuar este tipo de estudio debido a la falta de interés y disponibilidad de tiempo.
- Ciertos sujetos de la población estudiada mostraron una actitud negativa al contestar los Cuestionarios.
- No existe información nacional reciente con respecto a los trastornos alimentarios, así que se hicieron traducciones de artículos en inglés que implicaron mayor tiempo para la investigación.

ANEXOS

Nombre: _____ Fecha: _____ Sexo: _____
 Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Escuela: _____
 Área: _____ Edo. Civil de tus padres: _____ Ingreso mensual en tu familia: \$ _____

Encierra en un círculo la opción elegida

- ¿ Quién de tu familia padece de sobrepeso?
 a) Mamá b) Alguno de los padres c) Padres y hermanos d) Ambos padres e) Ninguno
- Hablar del peso y la talla es uno de mis temas favoritos de conversación.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- La figura corporal que me gustaría tener es:
 a) Muy delgada b) Delgada c) Normal
- En mi familia pensamos que la belleza depende mucho del peso.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Uno de mis hábitos es ayunar.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Considero que soy una persona.
 a) Dependient e y perfeccionista b) Impulsiva e intolerante c) Tímida pasiva y d) Incontrolabl e y ansiosa e) Dependient e e intolerante f) Independien e y segura
- Mis padres influyen en mi manera de comer.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Estoy a dieta para bajar de peso.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Pienso que estar delgado me ayudará a tener triunfo en mi carrera.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Considero que mi familia es:
 a) Rígida estricta y b) Conflictiva c) Aislada y retraída d) Sobreprotecto ra e) Rígida conflictiva y f) Comunicativa y unida
- Me molesta que mis actividades no me permitan hacer ejercicio.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Compro las revistas que contienen artículos de dietas.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- En las actividades que realizo habitualmente, mi capacidad de concentración ha disminuido.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Compro productos para adelgazar.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca
- Prefiero consumir productos light que los comunes.
 a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Pocas veces e) Nunca

Lee cuidadosamente las preguntas y contesta en la hoja de respuestas. No hagas ninguna anotación en estas hojas.

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No se que es lo que ocurre en mi interior.
34. Me gusta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No se muy bien cuando tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.

48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no se si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Se que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

NOMBRE: _____ GRUPO: _____

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

Encierra en un círculo la opción elegida

0	1	2	3	4	5
				4	

1	0 1 2 3 4 5	24	0 1 2 3 4 5	47	0 1 2 3 4 5	69	0 1 2 3 4 5
2	0 1 2 3 4 5	25	0 1 2 3 4 5	48	0 1 2 3 4 5	70	0 1 2 3 4 5
3	0 1 2 3 4 5	26	0 1 2 3 4 5	49	0 1 2 3 4 5	71	0 1 2 3 4 5
4	0 1 2 3 4 5	27	0 1 2 3 4 5	50	0 1 2 3 4 5	72	0 1 2 3 4 5
5	0 1 2 3 4 5	28	0 1 2 3 4 5	51	0 1 2 3 4 5	73	0 1 2 3 4 5
6	0 1 2 3 4 5	29	0 1 2 3 4 5	52	0 1 2 3 4 5	74	0 1 2 3 4 5
7	0 1 2 3 4 5	30	0 1 2 3 4 5	53	0 1 2 3 4 5	75	0 1 2 3 4 5
8	0 1 2 3 4 5	31	0 1 2 3 4 5	54	0 1 2 3 4 5	76	0 1 2 3 4 5
9	0 1 2 3 4 5	32	0 1 2 3 4 5	55	0 1 2 3 4 5	77	0 1 2 3 4 5
10	0 1 2 3 4 5	33	0 1 2 3 4 5	56	0 1 2 3 4 5	78	0 1 2 3 4 5
11	0 1 2 3 4 5	34	0 1 2 3 4 5	57	0 1 2 3 4 5	79	0 1 2 3 4 5
12	0 1 2 3 4 5	35	0 1 2 3 4 5	58	0 1 2 3 4 5	80	0 1 2 3 4 5
13	0 1 2 3 4 5	36	0 1 2 3 4 5	59	0 1 2 3 4 5	81	0 1 2 3 4 5
14	0 1 2 3 4 5	37	0 1 2 3 4 5	60	0 1 2 3 4 5	82	0 1 2 3 4 5
15	0 1 2 3 4 5	38	0 1 2 3 4 5	61	0 1 2 3 4 5	83	0 1 2 3 4 5
16	0 1 2 3 4 5	39	0 1 2 3 4 5	62	0 1 2 3 4 5	84	0 1 2 3 4 5
17	0 1 2 3 4 5	40	0 1 2 3 4 5	63	0 1 2 3 4 5	85	0 1 2 3 4 5
18	0 1 2 3 4 5	41	0 1 2 3 4 5	64	0 1 2 3 4 5	86	0 1 2 3 4 5
19	0 1 2 3 4 5	42	0 1 2 3 4 5			87	0 1 2 3 4 5
20	0 1 2 3 4 5	43	0 1 2 3 4 5	65	0 1 2 3 4 5	88	0 1 2 3 4 5
21	0 1 2 3 4 5	44	0 1 2 3 4 5	66	0 1 2 3 4 5	89	0 1 2 3 4 5
22	0 1 2 3 4 5	45	0 1 2 3 4 5	67	0 1 2 3 4 5	90	0 1 2 3 4 5
23	0 1 2 3 4 5	46	0 1 2 3 4 5	68	0 1 2 3 4 5	91	0 1 2 3 4 5

REFERENCIAS

- Alexander Theron, Roodin Paul y Gorman Bernard. (1988). Psicología Evolutiva. Madrid: Pirámide.
- Álvarez Rayón Georgina Leticia. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios. Tesis. Licenciatura de Psicología.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. ANUIES. (2003). Anuario Estadístico 2003. Población Escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos. México, D.F. Dirección de Servicios Editoriales.
- Bermejo Vicente. (1994). Desarrollo Cognitivo. España: Síntesis.
- Berryman Julia C. (1994). Psicología del Desarrollo. México: Manual Moderno.
- Braguinsky Jorge y cols. (1996). Obesidad. Patogenia, Clínica y Tratamiento. Buenos Aires: El Ateneo.
- Brown Frederick G. (1980). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno.
- Buela-Casal Gualberto, Caballo E. Vicente y Sierra J. Carlos. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo Veintiuno.
- Caballero B. (2001). Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Doyma, S.L.
- Careaga Gabriel. (1994). Sociedad y Teatro Moderno en México. México: Planeta.
- Carretero Maro, Palacios Jesús y Marchesi Álvaro. (1995). Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y Senectud. España: Alianza.
- Ceballos Edgar. (1993). Las técnicas de actuación en México. México: Gaceta.
- CIE-10. (1993). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.
- Craig Grace J. (2001). Desarrollo Psicológico. México: Pearson.
- Creff Albert-Francois y Herschberg Alexandre-D. (1981). Manual de la obesidad. Toray-masson.
- Crispo Rosina, Figueroa Eduardo y Guelar Diana. (1998). Anorexia-Bulimia. Lo que hay que saber. Una mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.
- Davis Caroline y Fox John. (1993). Excessive Exercise and Weight Preoccupation in Women. Addictive Behaviors and International Journal. Vol. 18 No. 2 p.p. 201-211.
- Delval Juan. (1995). El desarrollo humano. España: Siglo Veintiuno.
- Diccionario Enciclopédico. (1985). Volúmen 5. Colombia: Salvat.

- Diccionario Enciclopédico Ilustrado. (1990). Barcelona, España: Océano.
- Duker Marilyn y Slade Roger. (1995). Anorexia y Bulimia. Un tratamiento integrado. México: Limusa.
- Erikson Erik. (1981). La Adulthood. México: Fondo de Cultura Económica.
- Espina Eizaguirre Alberto, Ortega Sáenz de Cabezón María Asunción, Ochoa de Alda Marínez de Apellaniz Iñigo y Alemán Méndez Amagoia. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. Anales de Psicología. Vol. 17 Núm. 1 p.p. 139-149.
- Etzeberria Yarima, González Nerea, Padierna Jesús Ángel, Quintana José M. y Ruiz de Velasco Ibone. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. Psicothema Vol. 14 Núm. 2 p.p. 399-404.
- Feinholz Klip Dafna. (1997). Adolescencia. Para comprender los trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición. V. 20 Núm. 5. p.p. 5-9.
- Feinholz Klip Dafna. (1997). Anorexia y Bulimia. Aspectos Psicológicos. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20 Núm. 5 p.p. 10-17.
- Fenichel Otto. (2000). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.
- Flavell John H. (1993). La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. México: Paidós.
- French Bárbara. (1999). La Bulimia. España: Oniro.
- Freud Anna. (1997). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- García-Camba Eduardo. (2002). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson.
- García-Pelayo y Gross Ramón. (1986). Pequeño Larousse en Color. Buenos Aires: Larousse.
- García Rodríguez Fernando. (1993). Las Adoradoras de la Delgadez. Anorexia Nerviosa. Madrid, España: Días de Santos S.A.
- Garfield Sol L. (1994). Psicología Clínica. México: Manual Moderno.
- Garner David M. (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.
- Garza Cavazos Laura. (1999). Teorías del Psicológicas Desarrollo. México: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Goldman Howard H. (1994). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
- Gómez Pérez-Mitré G. (1993). Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria de Riesgo en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1): 17-27.

- González Díaz Lucia. (1986). El teatro. Necesidad Humana y Proyección Sociocultural. Madrid: Popular.
- González Duarte Alejandra. (2003). Relaciones Peligrosas: Moda y Salud. Revista Día Siete. Núm. 132.
- Guillemot Anne y Laxenaire Michel. (1994). Anorexia Nerviosa y Bulimia: el peso de la cultura. Barcelona, Masson.
- Hales Robert E., Yudofsky Stuart C. y Talbott John A. (2000). DSM-IV. Tratado de Psiquiatría Tomo I. Barcelona: Masson.
- Harré Ram y Lamb Roger. (1986). Diccionario de psicología fisiológica y clínica. Barcelona: Paidós.
- Heffner Hubert C., Selden Samuel y Sellman Hunton D. (1980). Técnica Teatral Moderna. Argentina: Universitaria de Buenos Aires.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hoffman Lois, Paris Scott y Hall Elizabeth. (1996). Psicología del desarrollo Hoy. España: Mc Graw Hill.
- Horrocks John E. (2001). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
- Jiménez Sergio y Ceballos Edgar. (1985). Técnicas y Teorías de la Dirección Escénica Vol.1. México: UNAM-GEGSA.
- Johnmarshall Revé. (1995). Motivación y Emoción. Madrid: Mc Graw Hill.
- Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamín. (1992). Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Barcelona, España: Masson-Salvat.
- Kaye W. H., Klump K. L., Frank G. K. y Strober M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. Annu-Rev-Med. Vol. 51 p.p. 299-313.
- Kerlinger Fred N. (1994). Investigación del Comportamiento. México: Mc Graw Hill.
- Leonhard Margaret L. y Barry Norman J. (1998). Body Image and Obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. Addictive Behaviors and International Journal. Vol. 23 No. 1 p.p. 31-34.
- Mannucci Edoardo, Ricca Valdo, Barciulli Elisabetta, Di Bernardo Milena, Travaglini Rossana, Cabras Pier Luigi y Rotella Carlo María. (1999). Quality of life and overweight: the obesity related well-being (orwell 97) questionnaire. Addictive Behaviors and International Journal. Vol. 24 No. 3 p.p. 345-357.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (1996). Barcelona: Masson S.A.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR (2000). Barcelona: Masson S.A.
- Martínez-Fornés Santiago. (1995). La Obsesión por Adelgazar. México: Espasa Calpe.
- Monedero Carmelo. (1986). Psicología evolutiva del ciclo vital. España: Biblioteca Nueva.
- Moraleda Mariano. (1995). Psicología de Desarrollo. Infancia, Madurez y Senectud. España: Boixareu.
- Morandé Gonzalo. (1999). La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. España: Temas de Hoy.
- Moreno B., Monereo S. y Álvarez J. (1997). Obesidad. Presente y Futuro. España: Aula Médica.
- Neugarten Berenice L. (1999). Los significados de la edad. España: Herder.
- Oliva César y Torres Monreal Francisco. (1990). Historia Básica del Arte Escénico. Madrid: Cátedra.
- Ortiz Jiménez Guadalupe. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- P. Mahíquies. (1999). Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación, ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? Hospital Provincial de Castellón.
- Palma Escandón Marcela. (1997). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de Nutrición. V. 20 Núm.5. p.p. 21-28.
- Papalia Diane E. y Wendkos Olds Sally. (1998). Desarrollo Humano Colombia: Mc Graw Hill.
- Papalia Diane E. y Wendkos Olds Sally. (2001). Fundamentos de Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
- Pedrosa Ciriaco. (1976). La Psicología evolutiva. Desarrollo del individuo por etapas. Madrid: Marova.
- Piaget Jean. (1999). La Psicología de la Inteligencia. Barcelona: Crítica.
- Pier Diana. (1997). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de Nutrición. V.9 Núm.5.
- Plazas de Creisell Maite. (1997). Prevenir la anorexia y la bulimia. Cuadernos de Nutrición. V.20 Núm.5. p.p. 37-40.

- Poblano Arellano Cecilia y Trigueros Vega Perla Alicia. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de población adolescente masculina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Popkess-Vawter Sue y Owens Virginia. (1999). Use of the Bulit Screening Questionnaire to assess risk and progress in weight management for overweight women who weight cycle. Addictive Behaviors and International Journal. Vol. 24 No. 4 p.p.497-507.
- Preciado Juan Felipe. (1991). La actuación dramática creativa. El actor se prepara. Tomo I. México: Limusa.
- Rice Philip F. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall.
- Raimbault G. y Eliacheff C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rivera M. O. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis. Licenciatura de Psicología.
- Rundell R. James y Wise G. Michael. (2001). Fundamentos de la Psiquiatría de enlace. Barcelona: Ars Medica.
- Saldaña Carmina. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema. Vol. 13 Núm. 3 p.p. 381-392.
- Saldaña Carmina y Rossell Rosa. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Saldaña García Carmina. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad.
- Sánchez Salgado Gabriela y Mojica Miranda Verónica. (1998). Relación entre conducta alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Saucedo Molina Teresita de Jesús. (1996). Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis. Licenciatura de Psicología.
- Sheehy Gail. (1978). La crisis de la edad adulta. España: Pomaire.
- Sherman Roberta T. y Thompson Ron A. (1999). Bulimia. Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- Spangler D. L. (1999). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An illustration. Journal of clinical psychology/in session 55 (6).
- Stanislavski Constantin. (1994). El trabajo del actor sobre sí mismo. Argentina: Quetzal.
- Stassen Berger Kathleen y Thompson Ross A. (2001). Psicología del Desarrollo: Adulter y Vejez. España: Médica Panamericana.

- Sternberg Robert J. (1999). El triángulo del amor: intimidad, amor, compromiso. Barcelona; México: Paidós.
- Strada Graciela. (2002). El desafío de la anorexia. España: Síntesis.
- Szmukler G., Dare C., y Treasure J. (1995). Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. Inglaterra: John Wiley Sons.
- Tannenhaus Nora. (1999). Anorexia y Bulimia. Una guía práctica para superar los trastornos psicológicos que afectan los hábitos alimentarios. Barcelona, España: Plaza and Janes.
- Thiel Andreas, Broocks Andreas, Ohlmeier Martín, Jacoby George E. y Schükler Gerhard. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder among patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The American Journal of Psychiatry. Vol. 152 No. 1 p.p. 72-75.
- Toro Josep. (1999). El cuerpo cómo delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro Josep y Vilardell Enric. (1989). Anorexia Nerviosa. España: Martínez Roca.
- Turón Gil Vicente José. (1997). Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. Barcelona: Masson.
- Vaz Francisco J., Peñas Eva M. y Ramos María I. (1999). Body Image Dissatisfaction in Bulimia Nervosa and Atypical Bulimia Nervosa. German Journal Psychiatry. Vol. 2 p.p. 59-74.
- Wellsman Philip. (1967). La Creatividad en el Teatro. (Un estudio psicoanalítico). México: Siglo Veintiuno.
- Wolman Benjamín B. (1993). Diccionario de ciencias de la conducta. México: Trillas.
- Worchel Stephen y Shebilske Wayne. (1998). Psicología. Fundamentos y aplicaciones. España: Prentice Hall.
- Wright Edward A. (1992). Para comprender el Teatro Actual. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zierold Montes Elena. (1993). Modelo de intervención psicoanalítico en el tratamiento de pacientes obesos resistentes a tratamientos tradicionales. México. Facultad de Psicología. División de Posgrado.