



UNIVERSIDAD  
DON VASCO A.C.

**UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.**

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y  
RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS ALUMNOS DEL  
COLEGIO DE BACHILLERES DE URUAPAN, MICHOACÁN**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Maria del Pilar Arciga Cruz**

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán, a 3 de septiembre de 2013.



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**

Primeramente quiero agradecer a Dios, por todo lo que me ha dado a lo largo de este trayecto recorrido, por lo que soy y lo que tengo, porque sin su presencia en mi vida, yo no sería nada.

Agradezco en especial a mi familia por todos los sacrificios realizados para que yo pudiera concluir mi carrera profesional, por el apoyo económico y moral, así como la confianza que siempre me han brindado. A mi mamá, por ayudarme en las actividades del hogar para que yo me dedicara de tiempo completo a mis estudios, ahora te presento los frutos de tu esfuerzo para conmigo, mami. A mi papá, por el apoyo económico brindado, por ser el sostén de la casa y mostrarme los valores que me han permitido mantenerme plenamente en la sociedad. A mi hermano, agradezco las lecciones de vida que me ha dado, porque eso no me lo enseñaron nunca en la escuela y aunque para otros puedan parecer problemas, para mí son lecciones que me han hecho más fuerte y han forjado mi persona.

A familiares y amigos cercanos, que me apoyaron de una u otra manera durante mis estudios e incluso en mi tesis; simplemente por compartir conmigo momentos tan especiales y agradables. Finalmente, a cada uno de mis maestros, por mostrarme el camino del conocimiento y las enseñanzas brindadas a lo largo de mi vida, desarrollan una gran labor que admiro y agradezco de corazón.

# ÍNDICE

## **Introducción**

Antecedentes . . . . .	1
Planteamiento del problema . . . . .	6
Objetivos . . . . .	7
Hipótesis . . . . .	8
Justificación . . . . .	9
Marco de referencia . . . . .	10

## **Capítulo 1. Rasgos de personalidad.**

1.1 Definición de personalidad . . . . .	13
1.2 Componentes de la personalidad . . . . .	15
1.2.1 Temperamento . . . . .	15
1.2.2 Carácter . . . . .	17
1.3 Desarrollo de la personalidad. . . . .	19
1.4 Rasgos de personalidad . . . . .	25
1.5 Teorías antecedentes de la personalidad . . . . .	27
1.5.1 Qué es una teoría . . . . .	27
1.5.2 Gordon Allport . . . . .	28
1.5.3 Raymond Cattell . . . . .	30
1.5.4 Leonard Gordon . . . . .	32
1.6. Rasgos de personalidad con base en la teoría de Leonard Gordon . . . . .	32

1.6.1 Ascendencia . . . . .	33
1.6.2 Responsabilidad . . . . .	33
1.6.3 Estabilidad emocional . . . . .	33
1.6.4 Sociabilidad . . . . .	34
1.6.5 Cautela . . . . .	34
1.6.6 Originalidad . . . . .	34
1.6.7 Relaciones personales . . . . .	35
1.6.8 Vigor . . . . .	35

**Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.**

2.1 Antecedentes históricos . . . . .	36
2.2 Definición de la variable y características clínicas . . . . .	38
2.2.1 Anorexia nerviosa . . . . .	39
2.2.1.1 Anorexia atípica . . . . .	41
2.2.2 Bulimia nerviosa . . . . .	42
2.3 Organización de la esfera oroalimenticia . . . . .	45
2.3.1 Alteraciones oroalimenticias . . . . .	46
2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio . . . . .	49
2.5 Causas de los trastornos alimenticios . . . . .	52
2.5.1 Factores individuales . . . . .	53
2.5.2 Factores familiares . . . . .	58
2.5. 3 Factores socioculturales . . . . .	60
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio . . . . .	63
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios . . . . .	66

2.8 Tratamiento de los trastornos alimenticios . . . . .	68
--	----

**Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.**

3.1 Descripción metodológica . . . . .	74
3.1.1. Enfoque cuantitativo . . . . .	74
3.1.2 Investigación no experimental . . . . .	76
3.1.3 Estudio transversal . . . . .	76
3.1.4 Diseño correlacional . . . . .	77
3.1.5 Técnicas de recolección de datos . . . . .	78
3.2 Población y muestra . . . . .	81
3.2.1 Delimitación y descripción de la población . . . . .	82
3.2.2 Proceso de selección de muestra . . . . .	83
3.3 Descripción del proceso de investigación . . . . .	84
3.4 Análisis e interpretación de resultados . . . . .	85
3.4.1 Los trastornos alimentarios . . . . .	86
3.4.2 Los rasgos de personalidad . . . . .	90
3.4.3 Relación entre rasgos de personalidad y trastornos alimentarios . . . . .	92
Conclusiones . . . . .	97
Bibliografía . . . . .	101
Mesografía . . . . .	104
Anexos	

# INTRODUCCIÓN

“La investigación se define como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”. (Hernández y cols.; 2006:4). Es una herramienta que permite al ser humano hacer descubrimientos y tener avances, lo cual es muy importante en todas las áreas, pero tiene mayor relevancia en la de la salud. Al indagar más en un tema actual y de interés, para estudiarlo desde diferentes perspectivas, se obtiene mayor información para tomar alternativas de solución, pero sobre todo, para prevenir problemáticas. Con base en los siguientes argumentos, se expone la presente investigación acerca de los trastornos alimenticios y los rasgos de carácter, con la finalidad de conocer más acerca de estas variables.

## **Antecedentes**

De acuerdo con el DSM- IV, el término trastornos alimentarios se refiere en general a los desórdenes psicológicos que implican anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, el origen de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica, aunque el síntoma externo sea conductual.

La característica común de todas las perturbaciones alimentarias son los comportamientos anormales. Los principales trastornos de alimentación son la anorexia y la bulimia; en general, tienden a aparecer durante la adolescencia porque en esta etapa, la preocupación por el aspecto físico aumenta.

Papalia (2005:5) define a los trastornos de alimentación como “comer en exceso y falta extrema de alimentos” y son más comunes en las sociedades industrializadas donde el alimento es abundante y lo atractivo se equipara con la delgadez.

Respecto a la otra variable, a lo largo de la historia se ha dado mucha importancia al estudio de la mente humana, donde el tema que más resalta es el estudio de la personalidad. Se quiere saber por qué la gente se comporta de cierta manera y si se tienen características en común con otros individuos.

Todos los individuos son diferentes y cada ser humano posee una personalidad única. “El científico no se interesa en el sistema de la personalidad como un todo, sino solamente en las dimensiones comunes” (Allport; 1980: 25). La individualidad no puede ser estudiada por la ciencia, porque se tienen pautas específicas que seguir, las cuales son llamadas rasgos.

Para poder definir los rasgos de personalidad primeramente se requiere definir qué es la personalidad. Pittaluga indica que “la personalidad es la suma total de las disposiciones, impulsos, tendencias, apetitos e instintos del individuo y las disposiciones y tendencias adquiridas por la adaptación al ambiente” (Pittaluga 1954: 123). En cuanto a los rasgos de personalidad, “son disposiciones relativamente estables para entablar actos específicos o maneras de pensar que sirven de guía para predecir la conducta humana” (Kaplan y Saccuzzo; 1993: 4).



Entre las investigaciones recientemente realizadas en el tema de trastornos alimenticios, se encontró una tesis realizada por Toledo (2011) en la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, la cual examinó la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios. Para esta investigación se utilizó la prueba Inventario de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios, y se aplicó en alumnos de secundaria. Los resultados encontrados indicaron que no existe relación significativa entre los trastornos alimentarios y la ansiedad.

Una investigación realizada en la Universidad de las Américas, Puebla, por Echeverría (2006), tuvo como objetivo estudiar la relación entre bulimia nerviosa, estilos de afrontamiento y situaciones estresantes. La muestra constó de 345 mujeres universitarias. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-2), el Test de Escalas de Afrontamiento para adolescentes (ACS) y la Escala de Apreciación General del Estrés (EAE). Los resultados muestran que el trastorno de bulimia nerviosa es un modo de afrontamiento para reducir la tensión.

Otra investigación encontrada es la intitulada como "Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados". Esta investigación fue realizada por Vázquez y cols. (2004) en la Universidad Nacional Autónoma de México (FES Iztacala). La población fue de jóvenes mexicanos con un promedio de 16 años de edad, quienes contestaron cuatro cuestionarios que abordaban los siguientes aspectos: actitudes alimentarias (EAT-40),

insatisfacción corporal (BSQ), aspectos conductuales y cognitivos (EDI) y comportamientos bulímicos (BILIT). Los resultados obtenidos señalan que las mujeres presentan mayor incidencia en este tipo de trastornos, en un promedio de prevalencia del 85.4% en mujeres y 14.6% en hombres. En cuanto a los factores cognitivos, las mujeres presentaron mayor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal, mientras que los hombres tuvieron mayor desconfianza interpersonal.

Se encontró otra investigación acerca de la prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación con el nivel socioeconómico y al género, la cual fue realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín, en Guatemala. Esta investigación fue realizada por Cifuentes (2004). Se utilizó la prueba de actitudes alimentarias – 26 (EAT-26) la cual se le a estudiantes de 12 a 17 años. Los datos encontrados muestran que no existe diferencia significativa entre los trastornos alimenticios y el nivel socioeconómico, pero sí se encontró una diferencia entre la prevalencia de los trastornos en cuanto a la diferencia de género, teniendo más incidencia el género femenino.

En lo que respecta a la variable de rasgos de personalidad, se encontró una investigación realizada por Aguirre (2007), en la Universidad de las Américas Puebla, la cual cotejaba la diferencia de los “Rasgos de personalidad en las mujeres a favor y en contra del aborto”. La muestra fue de 179 mujeres universitarias a quienes se aplicó un cuestionario acerca de las opiniones del aborto y una prueba de personalidad: “Configuración Psicológica Individual” (CPI). Los resultados demostraron que existen

diferencias significativas en el perfil de personalidad de las mujeres que están a favor del aborto y las que están en contra de él.

La investigación: “Similitudes en los rasgos de personalidad de los delincuentes recluidos en el centro de readaptación social de Uruapan, Michoacán” fue realizada por Heredia (2010), en la Universidad Don Vasco. La población estaba conformada por 189 internos procesados y sentenciados por homicidio, por lo que se tomó una muestra de 30 internos. Para la obtención de los rasgos de personalidad se aplicó la prueba MMPI-2; se concluyó en esta investigación que la paranoia y la esquizofrenia son rasgos similares encontrados en la muestra.

Otra investigación relacionada con este tema fue realizada por Hinojosa (2010), en Uruapan, Michoacán, México, titulada “Influencia de los rasgos de personalidad sobre las actitudes hacia el consumo de marihuana”. La muestra estuvo conformada por jóvenes de 15 a 20 años de una escuela preparatoria; el instrumento que se utilizó para medir los rasgos de personalidad fue el Cuestionario de Dieciséis Factores de la Personalidad (16 PF). Entre los resultados más sobresalientes se encuentra que no existe un rasgo significativo que predisponga la actitud hacia el consumo de marihuana.

Cabe mencionar que no se encontró ninguna investigación realizada anteriormente donde las variables de trastornos alimentarios y rasgos de personalidad se presentaran juntas, por ello se describieron algunas investigaciones encontradas respecto a cada una de estas variables.

## **Planteamiento del problema**

La problemática de los trastornos alimenticios ha ido aumentando significativamente en los últimos años, y esto ha provocado que los especialistas en salud le hayan tomado más importancia y cada vez se hagan más investigaciones acerca del tema, lo cual ha servido de base para llevar a cabo algunos tratamientos; a pesar de ello, los trastornos alimenticios se están presentando a edades más tempranas, por ello es indispensable continuar con las investigaciones y relacionarlas con otras variables con las que no se han realizado, con la finalidad de encontrar qué otros factores influyen en esta problemática y de esta manera, poder combatirla y elaborar métodos preventivos.

Es por ello que esta investigación busca relacionar los rasgos de personalidad con los trastornos alimentarios, para responder a la siguiente pregunta:

¿Existe una relación significativa entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Dentro de la realización de un trabajo es importante definir los objetivos, ya que son los fines hacia los cuales está encaminada la investigación; sirven tanto para guiar la investigación, como para evaluar los resultados, por ello se proponen los siguientes.

### **Objetivo general**

Establecer la relación que existe entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el término personalidad y sus componentes.
2. Establecer qué es un rasgo de personalidad.
3. Describir los rasgos de personalidad que mide la prueba Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon (P- IPG).
4. Conocer los antecedentes de los trastornos alimenticios.
5. Exponer las principales características de los trastornos alimenticios.
6. Identificar los factores que intervienen para que se desarrollen los trastornos de alimentación.
7. Medir los niveles de los trastornos alimentarios existentes en los alumnos de bachillerato.
8. Medir el nivel de los rasgos de personalidad de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

9. Determinar la correlación estadística entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

## **Hipótesis**

Una hipótesis puede usarse como una propuesta provisional que no se pretende demostrar estrictamente, o como una predicción que debe ser verificada. “Son explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones” (Hernández y cols.; 2006:92). Posterior a una revisión bibliográfica de los temas que se describen en esta tesis, se elaboraron las siguientes explicaciones posibles acerca del estudio.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre los niveles de los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre los niveles de los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

## **Justificación**

La investigación es un proceso sistemático utilizado para obtener nueva información o comprobar alguna hipótesis que se haya establecido. Gracias a la investigación científica, es posible conocer la causa y las consecuencias de algunos fenómenos, este tipo de investigación ha ayudado a hacer de la psicología una ciencia y por ende, una materia confiable y veraz.

Es importante que el ser humano continúe investigando, ya que esto le permite obtener nuevos conocimientos o bien, ampliar los ya adquiridos, y es de mayor importancia que se realicen investigaciones en el área de la salud, como lo es la psicología, ya que implica consecuencias en la calidad de vida del ser humano. Por ello se llevó a cabo esta investigación donde se conoció la relación existente entre los rasgos de personalidad y los atributos psicológicos de los trastornos alimentarios.

La presente investigación beneficia a la psicología, a los estudiantes de esta ciencia, a investigadores y personas interesadas en el tema, ya que se estará indagando más en un tema de actual interés. Cabe mencionar que no se encontraron antecedentes de investigaciones donde se relacionen estas variables, así que con los

resultados se podría continuar con las investigaciones en el tema de una manera más amplia, ya que es un problema real y preocupante en esta sociedad.

A la vez, beneficiará a la población con la que se trabajó, ya que fue posible identificar a las personas que presentan rasgos psicológicos de trastornos alimenticios elevados, que indican la existencia de una problemática existente o latente, y teniendo esta información, podrán acudir con un especialista para llevar un tratamiento.

Esta investigación pretende tener un impacto sustancial en la sociedad, ya que conocer la correlación que existe entre la variable de rasgos de personalidad y la de trastornos alimenticios, servirá como base para que especialistas en estos temas puedan realizar más investigaciones o incluso utilicen la información que se obtuvo para diseñar algunos programas respecto a esta problemática, reduciendo así su incidencia.

### **Marco de referencia**

El Colegio de Bachilleres se inició en el Estado de México en 1978, y cinco años más tarde en Michoacán, en septiembre de 1983. Los planteles que se iniciaron fueron en Apatzingán, Quiroga, Los Reyes y Jacona. En Uruapan, se inició en el mes de noviembre de 1996, cambiando constantemente sus instalaciones hasta el año 2000, donde se estableció de manera permanente, con ubicación en la calle Fuentes de Apatzingán, sin número, Fraccionamiento Villas de la Fuente.



Su filosofía es actuar siempre con honestidad y compromiso en un ambiente de cooperación y respeto, aportando lo mejor de cada integrante para alcanzar su misión.

La misión es que, a través de profesionales de la educación, se imparta e impulse una educación media superior integral que asegure la formación de jóvenes comprometidos con su entorno, con amplio sentido de responsabilidad, críticos y propositivos, posibilitados para cursar exitosamente sus estudios superiores o insertarse en el mercado laboral.

El plan del COBAEM se divide en 3 núcleos de formación: el primero es la formación básica, conocido como tronco común; el segundo es de formación propedéutica o bachillerato y el tercero, de formación para el trabajo o capacitación.

Actualmente existe una matrícula total de 1,487 alumnos, distribuidos en tres grados y dos turnos: matutino y vespertino. Primer semestre cuenta con 522 alumnos divididos en doce grupos; tercer semestre, con 503 alumnos distribuidos en 10 grupos y quinto semestre, con 462 alumnos en nueve grupos.

Los alumnos son de clase socioeconómica media y media alta en su mayoría, quienes comprueban dificultades económicas son apoyados con programas de becas del gobierno del Estado.

La planta laboral está conformada aproximadamente por 14 trabajadores administrativos y 32 docentes. Estos últimos poseen formación profesional de licenciatura y algunos, de maestría.

En cuanto a la infraestructura, cuenta con áreas exclusivamente para aulas de clase, áreas de esparcimiento, como cancha de juegos; área de sanitarios, laboratorios y sala de maestros, áreas para oficinas administrativas y una biblioteca que en ocasiones se utiliza como sala de usos múltiples.

# CAPÍTULO 1

## RASGOS DE PERSONALIDAD

En el presente capítulo se desarrollarán los temas relacionados con la personalidad, especificando qué es, cómo se forma y cuáles son sus componentes, así como la definición de rasgos de personalidad y la descripción de algunos rasgos específicos.

### 1.1 Definición de personalidad

De acuerdo con Feist y Feist (2007) la palabra personalidad procede del término latino *persona*, que hacía referencia a la máscara teatral utilizada por los romanos para representar las tragedias griegas; con la máscara podían proyectar una apariencia falsa. Sin embargo, para la psicología tiene un significado que va más allá de una apariencia, ha sido tan complejo describir el término que se han desarrollado diferentes teorías a lo largo de la historia.

“Aunque no existe ninguna definición aceptada por todos los teóricos de la personalidad, es posible decir que la personalidad es un patrón de rasgos relativamente permanentes y de características singulares que confieren coherencia e individualidad al comportamiento de una persona” (Feist y Feist; 2007: 4).

Para Allport, “la personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (1980: 47).

Asimismo, “la personalidad es la organización mental total de un ser humano en cualquiera de los estadios de desarrollo, comprende todos los aspectos del ser humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad, y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo” (Warren y Carmichael, citados por Allport; 1980: 45).

La personalidad se refiere a las características únicas, que diferencian a una persona de las demás, es relativamente estable y duradera (Morris y Maisto; 2005). Para la formación de la personalidad existen varias teorías que tratan de explicarla; de manera general, se encuentran aquellas que indican a la familia y la etapa infantil como la más importante para el desarrollo de la personalidad, mientras que otras enfatizan las influencias ambientales y por último, otras consideran que es el resultado de la forma en que el sujeto aprende a pensar de sí mismo conforme las experiencias que vive.

Cloninger define la personalidad como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y la experiencia de la persona” (2003: 3). Dicaprio (referido por la misma autora) afirma que el medio ambiente influye en la personalidad, los determinantes biológicos afectan su funcionamiento y la herencia fija los límites del desarrollo de esta.

## 1.2 Componentes de la personalidad

Las definiciones de Dicaprio y Cloninger describen que la personalidad se forma a través de diferentes aspectos a los cuales es posible llamar componentes, mencionan el medio ambiente y la herencia. Algunas teorías de personalidad indican que no existe un determinante único para la personalidad, sino que se conforma tanto de la herencia genética (temperamento), como las experiencias que se adquieren a través del tiempo, a medida que se interactúa con el medio ambiente (carácter) (Cloninger; 2003). En los siguientes párrafos se ampliarán más estos dos componentes de personalidad.

### 1.2.1 Temperamento

De acuerdo con Allport (1980) la palabra *temperament* entró en la lengua inglesa en la edad media junto con la doctrina de los cuatro humores propuesta por Hipócrates en la Grecia antigua, en la cual proponía que el cuerpo está lleno de cuatro sustancias básicas, llamadas humores: bilis negra, bilis, flema y sangre; estas tenían una relación directa con la mente, el equilibrio de estas sustancias indica el estado de salud, mientras que un exceso o déficit altera la salud y la personalidad de la persona. “Hipócrates describió cuatro tipos básicos de temperamento: sanguíneo (optimista, esperanzado), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascible) y flemático (apático)” (Merenda, mencionado por Cloninger; 2003: 4).

La formación del temperamento se da como resultado de la integración de tres factores: el primero es propiamente hereditario y dependerá del linaje tanto materno como paterno; el segundo es un factor congénito, procedente de la nutrición embrionaria y fetal por la sangre materna durante la gestación, y el tercero es un factor exógeno: la alimentación, clima y ambiente a partir del nacimiento, durante el desarrollo del recién nacido y su primera infancia (Pittaluga; 1983).

Para Cloninger (2003: 10) el temperamento se refiere a los “estilos consistentes del comportamiento y a las reacciones emocionales que se presentan desde la infancia, presumiblemente debido a las influencias biológicas”.

Se puede definir el temperamento como una “manifestación conductual de procesos biológicamente influenciados, que determinan las respuestas características del infante al ambiente y el estilo de sus primeras conductas” (Goldsmith y Reisser-Danner, citados por Kamphaus y Frick; 2000: 5).

McDougall y Murphy (retomados por Cloninger; 2003), afirman que la biología influye en la personalidad y que incluso Freud creyó que la biología es la razón primaria del porqué los sexos difieren en personalidad. Con base en las definiciones anteriores se puede decir que el temperamento es un aspecto que depende de la herencia y predispone al individuo a actuar de cierta manera. Allport afirmaba que “Ningún rasgo de personalidad carece de influencias hereditarias” (retomado por Cloninger; 2003: 202).

Con las recientes investigaciones en genética y en la neurociencia, “los investigadores están avanzando más allá de las especulaciones de los teóricos clásicos acerca del papel de la biología, y han identificado mecanismos biológicos que contribuyen a las tendencias de algunos aspectos de la personalidad, tales como que algunas personas sean sociables y otras tímidas” (Cloninger; 2003: 204).

### **1.2.2 Carácter**

Feist y Feist (2007) mencionan que el significado original de la palabra carácter es “marca o grabado”, palabras que pueden ilustrar lo característico, así, cada persona imprime su marca singular de personalidad en cualquier comportamiento o pensamiento.

“Aunque pudiéramos pensar que la personalidad es estable y hace que la gente se comporte de manera constante a lo largo del tiempo, hay algunas teorías que afirman que las situaciones hacen que la gente cambie su conducta” (Cloninger; 2003: 200).

Con una perspectiva similar, “el carácter es el conjunto de las situaciones neuro-psíquicas, de las actitudes y actividades de la persona, que resultan de una progresiva adaptación del temperamento constitucional a las condiciones del ambiente natural, familiar, pedagógico y social que han modificado o son capaces de modificar las reacciones temperamentales espontáneas y les han dado una orientación definitiva en la conducta” (Pittaluga; 1983: 91).

De acuerdo con este último autor, la formación del carácter depende de algunas condiciones de orden psíquico: la atención, la memoria, la voluntad y la lógica, todas ellas empleadas para percibir el mundo exterior, “el carácter, es el seleccionador de impulsos del mundo exterior” (Pittaluga; 1983: 40); su formación comienza en la infancia y depende de las influencias del ambiente que va marcando las pautas de comportamiento asimiladas por la observación repetida y la experiencia.

Allport (retomado por Cloninger; 2003) propone que la adaptación a la sociedad es de central importancia para el ser humano, por ella las situaciones influyen en los individuos, de manera diferente. “El mismo calor que derrite la mantequilla cocina el huevo” (Allport; 1980: 201). Por ello, los individuos reaccionan de manera muy diferente, aun en las mismas condiciones situacionales.

Es posible concluir que tanto la herencia como el medio ambiente, temperamento y carácter, interactúan e interfieren constantemente en la personalidad. Allport (retomado por Cloninger; 2003:207) propone que “la personalidad resulta de los intentos del sistema nervioso central por establecer seguridad y comodidad para el individuo que se atormenta entre sus propios anhelos afectivos y las demandas rigurosas de su ambiente”.

### **1.3 Desarrollo de la personalidad**



“Desarrollo de la personalidad, es el nombre que se le ha dado a la transformación gradual del organismo biológico en persona biosocial” (Cameron; 1990: 44). Estos cambios biológicos ocurren al mismo tiempo que los perceptivos y cognoscitivos de la organización mental que se ha ido formando como consecuencia de la interacción con su medio.

De acuerdo con Cameron (1990), el desarrollo de la personalidad se divide en dos fases: la primera es la infancia y la primera niñez, la segunda fase abarca el periodo de latencia, adolescencia y edad adulta. Con base en los fines de esta investigación, se menciona la primera fase, pero se describe con mayor detalle la segunda, enfatizando específicamente en la etapa de la adolescencia.

En la primera etapa se incluyen todos los factores que influyen desde el momento de la concepción, es decir, cuando el espermatozoide penetra el óvulo receptivo, hasta la fase edípica, que va más o menos entre el primero y quinto año de vida. El desarrollo de la personalidad comienza cuando se intercambia la información genética proveniente de cada uno de los progenitores, y esta unión de genes va a dar como resultado rasgos únicos y diferentes a cualquier otro ser humano. Posteriormente se da el nacimiento, donde se pueden observar diferencias significativas en cada uno de los neonatos, aunque la mayoría permanecen dormidos la mayor parte del tiempo o parecen permanecer en un estado de adormecimiento; la diferencia se puede notar en la forma de pedir el alimento y su disposición a aceptarlo o rechazarlo, el ritmo con el que los ingiere, la rapidez de la búsqueda del pezón, la

sensibilidad a los estímulos externos, así como la actividad que presenta en los momentos de vigilia. (Cameron; 1990)

Este autor asevera que el infante va desarrollando ciertas características propias provenientes de la interacción con su medio. por lo general, la primera interacción se da con la madre, quien le proporciona los primeros cuidados y, al ser el primer objeto de amor con el que tiene una interacción, su influencia es mayor y todo lo que la madre haga o deje de hacer va a estar relacionado con las características que el infante va desarrollando. Sullivan (Retomado por Cloninger; 2003) menciona que la madre es ese primer cuidador que le proporciona al infante por medio del pecho no únicamente alimento, sino rechazo u aceptación, afecto, satisfacción o ansiedad.

Por lo general, después del destete, la interacción se extiende hacia el padre y los demás miembros del medio donde se desarrolla, y es así como va introyectando ciertas características de su contexto que le van a permitir integrarse de una manera adecuada (Cameron; 1990).

Posteriormente, el infante adquiere un lenguaje articulado, dejando de lado el gesticulado, y con esto comienza la necesidad de interactuar con nuevas personas, incluso en esta etapa en ocasiones aparece el amigo imaginario, que no refleja más que esa necesidad de interacción social más independiente de sus progenitores (Sullivan, retomado por Cloninger; 2003).

De acuerdo con Cloninger (2003), diversas teorías se enfocan en la primera etapa como la más importante para el desarrollo de la personalidad, Staats (citado por

Cloninger; 2003) propone que el aprendizaje temprano puede influir de manera significativa en el curso de la personalidad a lo largo de la vida, ya que en los primeros años se desarrollan habilidades esenciales que dan fundamento a la personalidad.

La segunda etapa incluye la fase de latencia, adolescencia y edad adulta. “La latencia es una etapa donde el individuo domina ya en gran medida su cuerpo y ha aprendido a canalizar sus impulsos emotivos” (Cameron; 1990: 97). El niño ya no necesita de cuidados físicos ni de tanta vigilancia de sus padres; el principal cambio social es que interactúa en otros grupos, regresando al núcleo familiar para resguardarse de la frustración excesiva que le produce el mundo exterior.

“Cada niño es distinto de los demás en algún aspecto, porque sus antecedentes familiares son distintos” (Cameron; 1990: 97), además de las diferencias debidas al sexo y edad del individuo, ya que con base en esto se le asignan al niño algunos roles del contexto en el que vive, y son entrenados a través del juego, donde también introyecta las normas sociales.

A finales de la latencia se presenta un periodo breve al cuál se le conoce como preadolescencia, en el cual ocurren notables cambios emocionales notables y sociales, pero sin ocurrir muchos de tipo biológico. Los individuos suelen mostrarse desafiantes con los padres y se separan mucho de ellos, buscando una independencia; la necesidad de ser aprobados por su grupo de amigos es más imperativa que nunca.

“La preadolescencia debe tomarse como un periodo mal definido, durante el cual el niño pasa de la calma relativa de la latencia a las turbulencias de la adolescencia” (Cameron; 1990: 115). Sullivan (retomado por Cloninger; 2003) expresa que en esta etapa se muestra por primera vez un verdadero interés en otra persona, es un periodo de intimidad con una persona, por lo general del mismo sexo; el sujeto comienza a formar amistades duraderas. Esta etapa es la génesis de la capacidad de amar, y esta intimidad de la amistad posteriormente pasa a una intimidad de pareja; si esto no llega a ser así, el individuo se encontrará con la soledad y el egoísmo en las siguientes etapas.

En la fase de la adolescencia, los cambios biológicos del sujeto son muy rápidos y notables, sobre todo en las características secundarias genitales y sexuales, tanto visibles como invisibles. Su cuerpo cambia con mayor rapidez de lo que él puede adaptarse, sin contar las nuevas demandas sociales. El adolescente tiene la necesidad de buscar descargar sus pulsiones a través de la actividad sexual y agresión; aunque en muchas ocasiones sigue actuando como un niño, quiere ser tratado como un adulto, pero a su vez, teme recibir ese trato, este temor es proveniente de su inexperiencia en el mundo de los adultos.

“La fase de adolescencia suele ser de inestabilidad conductual y turbulencia emocional” (Cameron; 1990: 116). Los adolescentes tienen cambios de humor que ni ellos mismos pueden comprender, pero toda esta inestabilidad es necesaria, ya que gracias a ello, la persona se prepara para la edad adulta. Si por alguna razón la adolescencia terminara prematuramente, es decir, el adolescente comienza a tomar

responsabilidades de la edad adulta antes de tiempo, su personalidad adulta será pobre, por lo que no podrá ser un individuo eficiente.

En esta etapa el joven tiene una gran necesidad de separarse de los lazos afectivos parentales buscando una independencia, y si bien aún necesita de amor, guía y protección, requiere liberarse de los nexos afectivos infantiles que ha creado con sus padres, por lo que decide un lazo externo al núcleo familiar, y debe lograrlo, ya que solo así tendrá un sentimiento de independencia y podrá convertirse en un adulto respetable y confiado en sí mismo. Aunque la separación es dolorosa tanto para el adolescente como para los padres, es necesario para pasar adecuadamente a la siguiente etapa. Después de algunos años de conseguir la separación, se vuelven a reconciliar los lazos afectivos con los padres, pero desde la perspectiva de un adulto a otro (Cameron; 1990).

Cloninger (2003, retomado a Sullivan) asevera que en esta etapa se tiene el interés de las relaciones con un componente sexual, por lo que el deseo de intimidad perdura, sin embargo tiene que saber sobrellevar su deseo sexual para que este no interfiera en sus relaciones con los demás. En esta etapa la persona ya tiene el potencial de establecer una relación sentimental duradera.

En la etapa adulta, según Cameron (1990), lo que ayuda al joven a salir de su hogar y convertirse en una persona adulta con las responsabilidades que conlleva esta etapa, es el empleo, ya que el tener ingresos económicos propios, así como conseguir relacionarse laboralmente con otros individuos y obtener logros propios, ayudan a la

persona a percibirse más independiente; además, en esta etapa generalmente se hace la elección de la pareja amorosa con la que se estará acompañado en las siguientes fases, por lo que ahora se piensa en tener hijos y formar su propia familia.

La madurez o equilibrio que realmente se pretende lograr en esta etapa no es la física o biológica, sino la psicológica, en la cual desaparecen las turbulencias emocionales y la persona tiene un mayor control y estabilidad de sus inquietudes, ya que también desaparecen los cambios biológicos significativos y abrumantes. Las personas pueden establecer una relación amorosa estable, ya que según Sullivan, “esta intimidad realmente profunda con otra persona no es lo más importante de la vida, pero tal vez sí sea la principal fuente de satisfacción de la misma” (retomado por Cloninger; 2003: 228).

En esta etapa, la persona llega a aceptarse a sí misma, integrando todos los aspectos de su ser, que le dan la capacidad de autocrítica y autoestima; ha integrado y respeta las normas sociales, sus niveles de agresión se reducen y obtiene un mayor control de su persona; sus pensamientos y juicios son independientes, sus objetivos son realistas, sin embargo, este equilibrio cambia según las personas envejecen (Cloninger; 2003).

Lo anterior es un proceso básico que se sigue en el desarrollo de la personalidad para todo ser humano, y aunque se desarrollan características en común, es también aquí donde se define la individualidad de la persona, como lo propone Allport: “el término personalidad se refiere a lo particular y a lo general” (Allport; 1980: 19).

## 1.4 Rasgos de personalidad

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales (APA; 2002: 766).

Cloninger (2003) menciona que existen tres maneras diferentes de describir la personalidad, por medio de tipos, rasgos o factores.

- 1) Tipos: el tipo de pertenecía involucra una cuestión de “todo o nada”, y se utiliza cuando las variables son cualitativas, de esta manera, la persona pertenece solamente a una categoría. “Una persona encaja en un solo tipo” (Cloninger; 2003: 5). Este enfoque propone un número limitado de categorías distintas con los cuales se puede describir a toda la gente, a quien se clasifica sin describir que tiene diferentes grados de pertenencia a la categoría.
- 2) Factores: los investigadores han examinado de manera estadística que puntajes de rasgos tienden a estar correlacionados, por lo que han propuesto amplios factores con el fin de eliminar redundancia innecesaria, por ejemplo, entre tímido e introvertido, los cuales difícilmente parecen ser diferentes rasgos. Los puntajes de los factores son variables continuas, y se utilizan cuando se requiere obtener resultados cuantitativos, la persona recibe un puntaje numérico para indicar cuánto posee de un factor, así, un pequeño número de factores describe a todas las personas.

3) Rasgos: son variables continuas que se utilizan en investigaciones de carácter cuantitativo. Una persona recibe un puntaje numérico para indicar en qué medida posee un rasgo, por lo que es necesaria una gran cantidad de rasgos que describan a todas las personas. “Una persona puede ser descrita con cada rasgo” (Cloninger; 2003: 5). Este tipo de medición es gradual, le da a la persona una calificación que puede variar desde muy alta hasta muy baja o alguna a la mitad, por lo que se puede decir que un individuo tiene algún grado de un rasgo. “Los rasgos permiten una descripción más precisa de la personalidad que los tipos” (Cloninger; 2003: 5). De acuerdo con Allport (retomado por la autora citada), elaborar una lista de los rasgos de una persona proporciona una descripción de su personalidad.

“Los investigadores con frecuencia encuentran que la medición cuantitativa de los rasgos y los factores es más conveniente, ya que todos los sujetos en un estudio de investigación pueden recibir una calificación en cada rasgo o factor de interés, puntajes que pueden variar desde muy bajos hasta muy altos y compararse” (Cloninger; 2003: 5). Aunque para fines de esta investigación se tomarán los rasgos para describir la personalidad, con la finalidad de ser más específicos y tener mayor precisión.

### **1.5 Teorías antecedentes de la personalidad**

En este apartado primeramente se describe lo que es una teoría y posterior a ello, se habla de algunas teorías de personalidad antecedentes que dan respaldo a la que utiliza Gordon en la prueba perfil de la personalidad utilizada en esta investigación.



### **1.5.1 Qué es una teoría**

De acuerdo con Cloninger (2003), una teoría es una herramienta conceptual que se utiliza para entender fenómenos específicos, e incluye conceptos, también llamados constructos teóricos y proposiciones teóricas, que son declaraciones sobre cómo están relacionados los referentes teóricos.

Las teorías son herramientas utilizadas para generar información en diferentes ámbitos, entre ellos el área científica; “una teoría científica es un conjunto de supuestos relacionados entre sí que permiten a los científicos utilizar el razonamiento deductivo lógico para formular hipótesis comprobables” (Feist y Feist; 2007: 4).

Feist y Feist (2007) señalan que las teorías sobre la personalidad son realmente científicas, existe una diversidad ellas debido a que la naturaleza misma de una teoría permite al científico formular especulaciones desde diferentes puntos de vista de acuerdo con su criterio personal. “El parámetro más importante para que una teoría sea útil es su capacidad para generar y guiar nuevas investigaciones” (Feist y Feist; 2007: 8).

### **1.5.2 Gordon Allport**

Feist y Feist (2007) relatan una visita de Gordon Allport como paciente de Freud, en Viena. En esta consulta Allport, al no encontrar de que platicar, le cuenta a Freud

sobre un niño de cuatro años que vio en el tranvía cuando iba en camino a Casa de Freud, este niño mostraba una fobia evidente a la suciedad y se quejaba con su almidonada madre sobre el estado tan deplorable del tranvía. Cuando termina de relatar la historia, Freud le pregunta si en realidad no estaba hablando de él mismo. Esta fue la chispa que desencadenó el interés de Allport en el estudio de las teorías de la personalidad, que en ese tiempo solamente existía el enfoque psicoanalista y las teorías del aprendizaje, por lo que decidió comenzar con un tercer enfoque más humanista, donde existiera la posibilidad de poseer una personalidad equilibrada y se estudiara la personalidad con base no solo en el inconsciente o el aprendizaje ambiental, sino una mezcla de estos y destacando la singularidad de cada individuo, por ello se enfoca al estudio de los rasgos de personalidad. “Si bien los rasgos describen conductas que son comunes a mucha gente, la personalidad de cada individuo comprende una constelación única de rasgos” (Morris y Maisto; 2005: 394).

Allport investigó los rasgos de la personalidad, su primer trabajo sobre el tema lo publicó en conjunto con su hermano Floyd Allport en 1921. Distinguió los rasgos individuales, que son poseídos por una sola persona, de los rasgos comunes, que son poseídos por muchas. Afirmaba que todos los rasgos son únicos para cada persona, ya que los poseen en diferente grado (Cloninger; 2003).

Feist y Feist (2007) señalan que los rasgos personales se pueden presentar en tres niveles: fundamentales o cardinales, que son características extraordinarias de una persona, o bien se muestran como una pasión destacada que llega a dominar sus vidas, son tan evidentes que no se pueden esconder, prácticamente todos los actos

de la vida de la persona giran en torno a ese rasgo fundamental. En el siguiente nivel se encuentran los rasgos principales o centrales, que incluyen las características más destacadas en las que se centra la vida de la persona, Allport los describió como “aquellos que se enumerarían en una carta de recomendación escrita por alguien que conoce muy bien a la persona” (Feist y Feist; 2007: 374). Finalmente, en el último nivel se encuentran los secundarios, que son menos destacados y poseídos en mayor cantidad, no son fundamentales en su personalidad pero aparecen con cierta regularidad, originando comportamientos específicos de la persona.

De acuerdo con Morris y Maisto (2005), Allport propone que los rasgos, o disposiciones, como él los llamaba, están relacionados con el sistema nervioso y guían la conducta consciente. Allport y Henry Odbert en 1936, se interesaron por estudiar estas características estables que la gente compartía, obteniendo del Diccionario Webster una lista de 17,925 palabras que describían características de la personalidad, rasgos; al suprimir los sinónimos, la lista se redujo alrededor de 200. Varios autores del tema han tomado algunas características de esta extensa lista para describir la personalidad de acuerdo con su enfoque.

### **1.5.3 Raymond Cattell**

Cattell propone una clasificación de los rasgos muy similar a la propuesta por Allport, en la que establece cuatro grupos: los rasgos comunes, que están presentes en todas las personas; los únicos, que se presentan en una sola persona y no son observados exactamente igual en ninguna otra; distingue también los rasgos

superficiales, que son conglomerados de rasgos que parecieran ir juntos; y los rasgos fuente, que son los que causan o determinan la manifestación de los superficiales. Un rasgo fuente sería la fuerza del Yo, y el superficial sería la integridad o inestabilidad que esa persona posee (Mischel; 1988).

Cattell, al igual que Allport, considera que el rasgo es la unidad básica de estudio. En las investigaciones se analiza de forma estadística con la finalidad de descubrir la correlación positiva de los rasgos y todas sus combinaciones posibles, a través del análisis factorial (Mischel; 1988).

En este sentido, “el análisis factorial es una técnica estadística que identifica grupos de objetos relacionados, fue usada por Cattell para identificar grupos de rasgos” (Morris y Maisto; 2005: 394).

Para Cattell, la única manera de encontrar los rasgos fuente es a través del análisis factorial, que integra un matiz de correlaciones entre muchas variables. El análisis factorial es una herramienta que permite reducir los numerosos rasgos que se pueden obtener en un análisis de personalidad, a medir un rasgo determinado cuando se crea un instrumento y a proporcionar información que permita argumentar por qué un rasgo es más importante que otro. Cabe señalar que un análisis factorial solamente puede brindar información de los elementos estudiados (Carver y Scheier; 1997).

Por medio de esta técnica estadística, el autor referido encontró que los 200 rasgos propuestos por Allport tendían a acumularse en grupos, por lo que concluyó

que solamente 16 rasgos dan cuenta de la compleja personalidad humana; después sugirió que se podrían agregar otros siete rasgos a la lista. Desde su enfoque presentó 35 rasgos primarios, de los cuales 23 caracterizan a la población normal y 12 miden los aspectos patológicos. Después decidió estudiar más ampliamente 16 factores, que plasma en su cuestionario “16 PF Scale”. (Feist y Feist; 2007). Esta prueba es muy conocida y utilizada en el ámbito de la psicología para el estudio de la personalidad.

Cattell propuso los 16 rasgos de personalidad a través del método inductivo, es decir, no partió de ninguna hipótesis de un cierto número de rasgos, sino que los fue identificando, aplicando tres métodos de observación distintos: historial de vida de la persona (datos L) derivado de observaciones realizadas por otras, informes realizados por la propia persona (datos Q), y test objetivos (datos T), con el fin de estudiar la personalidad desde diversos puntos de vista (Feist y Feist; 2007).

#### **1.5.4 Leonard V. Gordon**

Como lo menciona Gordon, en el manual de su prueba “Perfil-Inventario de la Personalidad (P- IPG)” para la construcción de este instrumento se enfocó principalmente en los constructos de las teorías de Allport y Cattell, las cuales se describieron en los subtemas anteriores (Gordon; 1994). Teniendo los antecedentes en que se basó esta teoría, se prosigue a describir de manera breve cada uno de los rasgos de personalidad que mide la prueba.

#### **1.6 Rasgos de personalidad con base en la teoría de Leonard Gordon**

Aunque existen diversos rasgos estables de la personalidad que pueden ser estudiados, a continuación se describirán los ocho aspectos que mide la prueba Perfil-Inventario de la personalidad de Leonard V. Gordon (P-IPG), la cual se utilizó en la presente investigación. La descripción se basará al significado que el propio autor proporciona en el manual de la prueba, teniendo como referencia puntuaciones altas y bajas (Gordon; 1994).

- Ascendencia

Una puntuación alta en ascendencia caracteriza a individuos verbalmente dominantes, quienes adoptan un papel activo dentro del grupo, tienden a tomar decisiones de manera independiente y poseen seguridad en sí mismos y en sus relaciones con los demás. Una puntuación baja representaría a individuos con un papel pasivo, tienden a escuchar en vez de hablar, carecen de confianza en sí mismos y permiten que otros tomen la iniciativa, con frecuencia son independientes de las opiniones y consejos de los demás.

- Responsabilidad

Una puntuación alta en responsabilidad caracteriza a personas capaces de perseverar en el trabajo que se les asigna, son tenaces, determinados, sujetos en quienes se puede confiar. Mientras que una puntuación baja indicaría incapacidad de perseverar en tareas que no les interesan, inestabilidad o irresponsabilidad.

- Estabilidad emocional

Las puntuaciones altas en estabilidad emocional la obtienen individuos relativamente libres de preocupaciones, ansiedades y tensión nerviosa, al contrario de una puntuación baja en este aspecto, que se relaciona con una ansiedad excesiva, hipersensibilidad, nerviosismo y baja tolerancia a la frustración.

- Sociabilidad

Las personas con alta sociabilidad son aquellas a quienes les gusta estar y trabajar con otras personas, son gregarios y sociables. Las personas con baja sociabilidad se caracterizan por una restricción general de contactos sociales, reflejan falta de tendencia gregaria y una evitación extrema de relaciones sociales.

- Cautela

Los individuos muy cautelosos, suelen obtener puntuaciones altas en este rasgo, ya que consideran las situaciones con mucho cuidado antes de tomar una decisión, no les gusta dejar las cosas al azar ni correr riesgos, mientras que en las

puntuaciones bajas se encuentra a las personas a quienes les gusta arriesgarse y que buscan emociones.

- Originalidad

Los individuos a quienes les gusta trabajar en problemas difíciles, son intelectualmente curiosos, disfrutan las preguntas y discusiones que lleven a reflexionar y a pensar en nuevas ideas obtienen puntuaciones altas en este rasgo, mientras que en las puntuaciones bajas se encuentran las personas a quienes les disgusta trabajar en problemas difíciles o complicados, no están muy interesados en adquirir conocimientos ni en preguntas o discusiones que obliguen a reflexionar.

- Relaciones personales

Obtienen puntuación alta las personas que tienen fe y confianza en la gente y son tolerantes, pacientes y comprensivas; las puntuaciones bajas reflejan falta de esperanza o confianza en los demás, una tendencia a criticar a las personas y a enojarse e irritarse por lo que hacen los demás.

- Vigor

Los individuos que poseen vitalidad y energía, quienes gustan de trabajar y moverse con rapidez y son capaces de realizar más que la persona promedio, obtienen altas puntuaciones en este rasgo; mientras que las personas con baja vitalidad o



energía, con preferencia por establecer un ritmo lento, así como una tendencia a cansarse fácilmente y a encontrarse por debajo del promedio en términos de rendimiento y productividad, obtienen baja puntuación.

Con la descripción de los rasgos de personalidad esenciales para esta investigación se concluye el capítulo uno, pasando al desarrollo del siguiente título, en el cual se desarrollará el tema de trastornos alimenticios.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

En el presente capítulo se abordará la segunda variable, los trastornos alimenticios, se dará a conocer información relevante acerca de los antecedentes de esta problemática, definiciones, características principales y algunas sugerencias para su tratamiento.

#### **2.1 Antecedentes históricos**

Como lo mencionan Jarne y Talam (2000), los trastornos alimenticios son observados desde la antigüedad a través de los banquetes que se ofrecían con abundante comida, como símbolo de demostración de poder e importancia social, durante estos convites se acostumbraba tener ingestas excesivas de comida y posteriormente, inducir el vómito para continuar con la toma de alimentos.

En la cultura cristiana la restricción alimentaria, como el ayuno, y la prohibición de ciertos alimentos, es utilizada como medio para conseguir un estado espiritual más elevado. Es decir, los trastornos alimenticios en épocas anteriores no eran considerados como un problema, sino como una conducta normal en el contexto y en algunas ocasiones hasta admirable.

En 1873, Gull en Londres y Lassege, médico del hospital La Pitie, de París, realizaron descripciones acerca de los cuatros anoréxicos. “Gull constató la inexistencia de una patología orgánica que justificara la clínica anorexia y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Las primeras teorías que surgieron para explicar la etiología de los trastornos alimentarios se basaron en la idea de que todo era causado por una afección en la glándula pituitaria, más adelante se impuso la hipótesis psicológica, principalmente de tipo psicoanalítico. A partir de los años setenta se tuvo una idea más amplia e integral que sugiere que esta problemática es causada por una serie de factores psicológicos, sociales, culturales, biológicos, por ello el tratamiento se vuelve multidisciplinario, para poder cubrir con todos estos factores que intervienes y se aborden los tres núcleos de la anorexia, los cuáles son: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Lo anterior relata acerca de la inanición, o restricción de la ingesta alimentaria, conocida como anorexia nerviosa, pero se encontró que esta problemática está muy relacionada con episodios de ingesta voraz de alimento que después sobreviene a una purga, estos episodios son conocidos cómo bulimia nerviosa.

En 1979, Russell describe un cuadro caracterizado por estos episodios de grandes ingestas alimentarias y purgas, con una marcada relación con la anorexia nerviosa. Ya que observa que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban a este nuevo trastorno, que él denominó como bulimia nerviosa. “Le denominó bulimia

nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como la definió Russell” (Jarne y Talam; 2000: 142).

Como se mencionó en los párrafos anteriores, los trastornos alimenticios se presentan desde la antigüedad, solamente que antes no eran considerados como un trastorno o una conducta anormal. A continuación se definirán estos trastornos y se dará características clínicas específicas de cada uno de ellos.

## **2.2 Definición de la variable de trastornos alimenticios y características clínicas**

De acuerdo con Cancrini y la Rosa (1996), los trastornos alimenticios son todas aquellas emociones, actitudes y conductas irregulares de alimentación que tienen como objetivo una reducción en el peso. Son enfermedades de carácter mental que tienen un fuerte impacto en la salud física de la persona, ya que esta presenta una preocupación excesiva por su peso e imagen corporal, por lo que altera sus hábitos comunes de alimentación.

Estos autores consideran que en los trastornos alimenticios, la persona desplaza y fija sus conflictos individuales e interpersonales. Es decir, no es únicamente la preocupación por la imagen corporal, sino el diferente significado que para cada persona tiene el tener conductas irregulares de alimentación que la conllevan a presentar un trastorno alimenticio.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa presentan una mayor incidencia en el actual contexto social, por ello se describirán sus características clínicas para poder establecer el diagnóstico, así como su clasificación.

### **2.2.1 Anorexia**

La American Psychological Association (APA; 2002) especifica que el término anorexia es incorrecto, ya que es rara la pérdida de apetito, por ello este trastorno es llamado anorexia nerviosa y entre sus principales características se encuentra que la persona mantiene un rechazo para ingerir alimento con el objetivo que no ganar peso, y mantenerlo así en el mínimo; se presenta también una alteración significativa en la percepción corporal, es decir, las personas que presentan este trastorno no tienen una idea real de la forma o tamaño de su cuerpo.

“La anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que en realidad están” (Jarne y Talarn; 2000:150).

Los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa de acuerdo con el CIE-10 (OPS; 2003) son los siguientes:

- A) Pérdida significativa de peso (índices de masa corporal o Queteler de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes no pueden experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- B) La pérdida de peso está originada por el mismo enfermo, ya que él evita el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes:
- Vómitos autoprovocados.
  - Purgas intestinales.
  - Excesivo ejercicio.
  - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C) Distorsión de la imagen corporal que se caracteriza por la presencia de idea sobrevalorada intrusa, de miedo ante la obesidad o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el hecho de mantenerse por debajo de un límite de peso corporal.
- D) Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo- hipofisario- gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea (no se considera menstruación si se utilizan hormonas sustitutivas) y en el hombre como una pérdida de interés y potencia sexual.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay una amenorrea primaria; en los hombres persisten los genitales infantiles.

El manual de diagnóstico DSM-IV señala cuatro criterios que refieren las mismas características del CIE-10, pero a diferencia de este, el DSM-IV indica que se debe especificar una tipología:

1. Tipo restrictivo: durante un episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas o a purgas, por ejemplo, vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.
2. Tipo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o a purgas, por ejemplo, vómitos, laxantes, diuréticos o enemas (APA; 2002).

### **2.2.1.1 Anorexia atípica**

Dentro de la clasificación de los cuadros diagnósticos de la anorexia nerviosa, Castillo y León (2005) describen el término anorexia nerviosa atípica, señalando que este diagnóstico se inscribe en los casos donde las características que se presentan, no cumplen específicamente con las correspondientes al trastorno. Cabe mencionar que es un término que solamente utiliza el CIE-10, y no aparece en el DSM-IV.

El diagnóstico de anorexia nerviosa atípica se da cuando fallan signos como la pérdida significativa de peso o la amenorrea, además, no es debida a una etiología somática conocida.

Para finalizar con el tema de la anorexia nerviosa Jarne y Talarn (2000) mencionan que existen conductas claves que pueden ayudar a identificar el trastorno de anorexia nerviosa, una de ellas es la presencia de dietas bajas en calorías, sobre todo en las personas cuyo peso no amerita una dieta restrictiva de alimentos. La excesiva y, en ocasiones, obsesiva preocupación por el peso corporal también es un indicador muy importante, ya que posteriormente sobreviene un miedo a ganar peso corporal y por lo tanto, comienza el rechazo a ingerir alimentos, presentando por consecuencia este trastorno.

### **2.2.2 Bulimia**

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

La bulimia nerviosa se caracteriza por grandes ingestas de alimento y después conductas de purga por medio del vómito o uso de laxantes, generalmente. Estas personas se caracterizan por una pérdida de autocontrol, lo cual se refleja al consumir sus alimentos, esto les provoca un sentimiento de culpa que posteriormente tratan de reducir o reparar con las conductas de purga (Jarne y Talarn; 2000).



Los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-IV (APA; 2002) son los siguientes:

- 1) Presencia de atracones. 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 ser capaz de parar de comer o no ser capaz de 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 la provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- 3) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un 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 trascurso de la anorexia nerviosa.

Dentro de estos criterios de diagnóstico, se especifican dos tipos:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o emplea laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo utiliza otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Las características clínicas para establecer el diagnóstico de acuerdo con el CIE-10 coinciden con los criterios I, II y V del DSM-IV.

Castillo y León (2005) mencionan que existe otra clasificación, que es la bulimia nerviosa atípica, y es tomada solamente por el CIE-10, este diagnóstico se inscribe cuando faltan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan dicho trastorno.

“Es posible encontrar casos con peso normal, que definiríamos como bulimia con peso normal, o incluso superior a lo normal con episodios de ingesta seguidos de vómitos o purgas” (Castillo y León; 2005: 224).

### **2.3 Organización de la esfera oroalimenticia**

Aunque los trastornos de alimentación se observan con más frecuencia a partir de la adolescencia hasta la etapa adulta, se describirá brevemente la esfera oroalimenticia, ya que en esta etapa se tiene el primer contacto con los alimentos.

En las primeras etapas de vida, la boca es el primer medio por el cual el infante tiene la posibilidad de explorar y conocer su mundo, esto sucede por primera vez, cuando tiene contacto con el pezón de la madre para recibir alimento, con lo que recibe no solamente la sustancia que lo alimenta, sino una nueva estimulación en esa zona de su cuerpo que lo impulsa a seguir explorando su mundo por medio del orificio bucal (Ajuriaguerra; 1973).

“El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer” (Ajuriaguerra; 1973:179). El infante descubre que la sensación que es producida al tener algo en sus labios y en su boca es muy satisfactoria, esto se produce aunque no exista la presencia de alimento.

La actividad oral no es solo fuente de satisfacción, ni una simple necesidad de nutrición, sino también una fuente de contacto interpersonal, ya que por medio de esto se consigue tener contacto con un objeto externo que proporciona el alimento en primera instancia. “Las primeras formas de relaciones entre madre-hijo van íntimamente unidas a actos de comer” (Soulé, citado por Ajuriaguerra; 1973: 183).

En la esfera oroalimenticia no solo se incluye el acto de que la madre alimente al niño, sino todos los cuidados y atenciones que se deben dar en ese momento, ya

que para el infante el alimento no solamente representa el saciar su apetito, sino también placer que posteriormente relaciona con esa satisfacción de sentirse atendido por el objeto primario, la madre, que le proporciona cariño y amor a través del alimento.

### **2.3.1 Alteraciones oroalimenticias**

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973) existen algunas conductas que son consideradas como alteraciones dentro de la esfera oroalimenticia, entre ellas se encuentra una anorexia mental que se da en el recién nacido, la anorexia de la segunda infancia y la anorexia mental esencial de las adolescentes. La primera de ellas se subdivide en:

- 1) Anorexia esencial precoz: es relativamente rara y puede aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día, se da en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida y, pasados algunos meses, se muestran reacios a comer.
- 2) Anorexia del segundo semestre: es más frecuente, aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen alimenticio el infante puede mostrar una negativa a comer, pero esta va disminuyendo conforme se familiarice con el nuevo alimento.

Freud señala que “los rechazos alimenticios de esta etapa de destete son la manifestación de la insatisfacción del niño ante nuevos sabores y consistencias, el no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida, así como la falta de gusto en la zona

oral, es por ello que el niño reacciona con cólera a la vista del alimento. Aunque algunas veces no solamente se reacciona con cólera, sino que el destete puede provocar bulimia y temor de tener hambre” (citado por Ajuriaguerra; 1973: 181).

Según el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia:

1. Inerte: cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.
2. De oposición: es un auténtico enfrentamiento donde el niño reacciona ante la comida con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, negativa a comer, rechazo, vómitos, todo esto para rechazar la comida que le ofrecen sus padres. Entabla una lucha de la que siempre saldrá victorioso y el adulto agotado.

En el segundo semestre, Kreisler (referido por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

- 1) Simple: semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica, que da origen a una interrelación entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño, en franca oposición. Es una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida del hambre o del apetito.

- 2) Compleja: caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales, el niño manifiesta con su actuación que la comida no le interesa.

Según Ajuriaguerra (1973), la anorexia de la segunda infancia puede o no preceder de la primera, ya que en algunas ocasiones los niños que han sido alimentados sin complicaciones durante el primer año de vida pueden presentar esta anorexia, que generalmente es una forma de rechazo hacia la imposición de los padres en cuanto a los hábitos o rituales de alimentación, esto se da rechazando o eligiendo selectiva y caprichosamente la comida. “El anoréxico se distingue del niño que constitucionalmente es poco comedor en que el último lo manifiesta mucho antes” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

Es destacable señalar que la anorexia infantil no tiene mayor relevancia, ya que son etapas que la mayoría de los infantes experimentan sin mayor complicación ni trascendencia, es simplemente parte de sus primeras experiencias con el mundo externo y autoconocimiento, y estas alteraciones oroalimenticias van desapareciendo conforme el infante va adquiriendo más edad.

Dentro de la división que realiza Ajuriaguerra (1973) se encuentra la anorexia mental esencial de las adolescentes, la cual fue denominada como “anorexia histérica” por Lasegue en 1873. Se produce hacia la pubertad o en la adolescencia y en muchas ocasiones existe una mayor incidencia en las personas que viven en un medio social exigente, con un nivel socioeconómico elevado, o cuando son hijas únicas. Por lo

general, comienza a partir de un choque emocional o conflictos psicológicos que sobrevienen de los cambios abruptos de su constitución corporal e interacción social.

Este periodo de anorexia se da también como una forma de conseguir autonomía, ya que los jóvenes quieren decidir qué comer y que no, la cantidad y el horario de sus alimentos, pero en la mayoría de las ocasiones comienzan a restringir varios alimentos de su dieta cotidiana y como consecuencia, el apetito disminuye, no sienten hambre, ya que “el apetito entra comiendo” (Ajuriaguerra; 1973: 187). Por lo general, el adolescente no reconoce la magnitud de la problemática a la cual está ingresando y se puede convertir en una anorexia nerviosa de carácter formal.

#### **2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio**

“La inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observan en las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa” (Costin; 2003: 69).

Un cambio significativo en la dieta de una persona provoca cambios en su comportamiento y por lo tanto, en las características de su personalidad, aunque ninguno de los rasgos es causa o produce un trastorno en la alimentación, simplemente es una predisposición a padecer un problema de esta índole. Costin (2003) describe algunas características que presentan las personas afectadas por un trastorno alimenticio:

- 1) Problemas con la autonomía: se refiere a que las personas están muy atentas a lo que los demás esperan de ellas y quieren satisfacer las demandas de los demás. Presentan un margen muy limitado de seguridad para desarrollar un pensamiento crítico que les permita discernir entre sus pensamientos y anhelos de las demás personas. No confían en sus propios recursos para resolver las dificultades que se les presentan, teniendo una sensación de ineficacia. Por ello, algunas personas convierten su cuerpo en un símbolo y fuente de autonomía, ya que a través del control de dietas y la disminución de peso, tienen la sensación de autocontrol, autonomía y eficacia personal.
  
- 2) Déficit en el autoestima: “El grado en que el individuo se acepta a sí mismo, es definido como autoestima” (Costin; 2003:74). Las personas generan imágenes sobre lo que ellas y la sociedad en la que se desarrollan consideran ideal, y cuanto más alejada esté la imagen real de la persona comparada con ese ideal que se desea alcanzar, menor será en grado de autoestima que presente. Estas personas se juzgan a sí mismas por la apariencia que están proyectando, que no es exactamente lo que ellas desean, no es su imagen ideal; por ello, el peso y la figura cobran importancia, ya que creen que teniendo el peso y la figura deseada tendrán un mayor nivel de autoaceptación, sin embargo, estos dos factores no son correlacionales.



- 3) Camino a la perfección y autocontrol: es muy común que las personas que presentan un trastorno alimenticio, busquen la perfección en todos los ámbitos, esta sobreexigencia es el resultado de una compensación por la sensación de ineficacia que perciben; creen que para alcanzar la perfección es preciso tener el cuerpo ideal, y de este modo lograrán ser seguras y tenerse confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten, sin embargo, esto no funciona así, ya que el perfeccionismo exige no fallar nunca, y como esto es imposible, el sujeto termina reforzando la sensación de inseguridad. “El perfeccionismo no permite ser humanos” (Costin; 2003: 75). El autocontrol también es muy característico de estas personas, a lo largo de su vida descubren que pueden tener un gran control en el área de la alimentación, manipulando su peso, horarios de comida, tipo y cantidad de alimento que ingieren, esto les crea la ilusión de que este control se verá reflejado en otras áreas de su vida.
- 4) Miedo a madurar: generalmente los trastornos alimenticios se desarrollan en la pubertad, adolescencia o juventud, debido a que en estas etapas se presentan muchos cambios a nivel físico, entre los jóvenes hay un aumento natural del peso corporal, tanto en hombres como en mujeres, eso no solo indica que el cuerpo ha dejado de ser un cuerpo infantil para tomar la forma de un cuerpo adulto, sino que también cierta independencia que ellos no están dispuestos a aceptar. “Están estancados en la niñez, y tienen temor a crecer y manejar la independencia que esto implica” (Costin; 2003: 78). Estas personas, a pesar de su edad madurativa, siguen presentando un

pensamiento infantil, es decir dicotómico: bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado; este pensamiento que se mueve solo en los extremos, contribuye a que la persona no pueda aceptar un peso promedio como adecuado.

## **2.5 Causas de los trastornos alimenticios**

Para desarrollar un trastorno alimenticio se requiere de la interacción de diversos factores, sin ser cada uno de ellos lo suficientemente preponderante para desarrollar una problemática como tal. Estos factores más que una causar un trastorno de alimentación hacen más vulnerable a la persona para desarrollarlo.

Garner y Garfinkel (citados por Costin; 2003), realizaron una clasificación, la cual consiste en tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Los factores predisponentes, como su nombre lo dice, son aquellos que preparan con anticipación, de tal manera que puede surgir con mayor facilidad la idea del culto a la figura o al control de peso corporal. Estos factores pueden ser individuales, familiares y socioculturales.

De acuerdo con los fines de esta investigación se desarrollarán más a fondo los factores predisponentes.

### **2.5.1 Factores individuales**

Las teorías psicológicas que estudian los factores individuales como son las creencias, aprendizaje, actitudes, entre otros, que influyen en la conducta de comer, afirman que la comida no solamente es producto del contenido nutricional o la necesidad de saciar una necesidad básica, es más complejo, ya que está inmerso en una serie de significados sociales. (Ogden; 2005).

Como menciona Ogden (2005), la comida tiene varios significados, es prestigio, estatus y riqueza, las personas con un alto nivel socioeconómico degustan y ofrecen a sus invitados comidas, con un alto costo y que son consideradas solamente para gente de cierto estatus social. Otro significado lo es la comunicación y la promoción de relaciones interpersonales, ya que por medio de los alimentos se puede dar una expresión de hospitalidad, amistad, afecto, simpatía e incluso amor, como se observa en las cenas especiales que son preparadas en los aniversarios o bien, entre amigos y familiares, ya que la comida también simboliza festividad, ceremonias, ritos, tradiciones y costumbres. Hay comidas para toda ocasión: de diario, de domingos, para la salud e incluso para la enfermedad.

Helman (citado por Ogden; 2005) sostiene que la comida puede comprenderse mediante un marco de referencia, que da una idea de la función y el papel en determinada cultura, por ello destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de comidas:

- Comida frente a la no comida: delimita las sustancias que son comestibles respecto a las que no lo son, por ejemplo, el trigo es comida, la hierba, no.

- Comidas sagradas frente a profanas: es la distinción entre las comidas validadas por las creencias religiosas, por ejemplo, los animales de pezuña hendida, rumiantes, son sagrados para los judíos, mientras que los productos de cerdo son profanos.
- Clasificación de comidas paralelas: Indican que los alimentos pueden clasificarse como “calientes” como el trigo y el ajo, o “fríos” como el arroz y los guisantes, y esto no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se le adjudica y puede variar de una cultura a otra, en este contexto la salud proviene del equilibrio entre estos alimentos.
- Comida como medicina: algunos alimentos se utilizan o evitan en ciertos estados, como el embarazo, la lactancia o menstruación, y se utilizan como remedio para problemas de una deficiente salud.
- Comidas sociales: la comida puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones interpersonales, y crean una identidad de grupo mediante patrones tradicionales de comida, como “el plato nacional”, esto va a depender del contexto en el que se vive, pero tiene el mismo objetivo: que la persona se sienta parte de una sociedad teniendo algo en común con los demás miembros.

Con base en Ogden (2005), la comida expresa diversas identidades, como lo son: la cultural y la social, pero dando un mayor énfasis en la personal, por ello, la autora describe otra clasificación:

- La comida como afirmación del Yo: la comida proporciona información sobre la identidad personal, la elección de los alimentos que se consumen diariamente está basada en una serie de ideas que se han ido formando a lo largo de la vida de la persona, que abarcan desde las necesidades fisiológicas, las creencias religiosas y tradicionales, el contexto sociocultural en el que se desarrolla y la identidad de género.
- Comida y sexualidad: las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica, ya que ambas actividades son impulsos básicos para la supervivencia y perpetuación de la vida. Algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad, tienen cierta forma o tamaño por lo que son asociados con una satisfacción sexual, inclusive son trascendidos como afrodisiacos o se incita a que se les consuma de una forma erótica.
- Comida frente a la negación: es un conflicto interpersonal generalmente de las mujeres. El comer o no hacerlo puede resultar ser un dilema, ya que se cree que las mujeres tienen el deber de proporcionar comidas sanas y nutritivas a sus familias y se espera que ellas se nieguen ciertos alimentos para mantenerse delgadas y sexualmente atractivas.
- Culpabilidad frente al placer: algunos alimentos se asocian con un conflicto entre el placer y la culpabilidad, como es el caso del chocolate y los pasteles, que son alimentos muy placenteros, pero por su contenido calórico, después de su consumo aparece la culpa, sentimientos de perversidad, por lo que en la mayoría de las ocasiones son reprimidos de la dieta cotidiana.

- La comida y el autocontrol: la ingesta de alimento también representa el autocontrol o la pérdida de este. Las dietas se han convertido en un medio perfecto para sentir autocontrol, ya que por medio de la restricción de ciertos alimentos, el ayuno o la negación a comer, se produce una sensación de que la persona puede controlar sus impulsos básicos, obteniendo mayor voluntad y disciplina.
- La comida como interacción social: la comida es un instrumento de comunicación, en algunas ocasiones el comedor es el único lugar donde la familia se reúne para compartir las experiencias de su jornada diaria, o bien, los amigos organizan una comida para encontrarse y convivir, además, los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad de grupo.
- Comida como amor: por medio de la comida, las personas pueden expresar su interés y preocupación hacia otras; ocuparse de la preparación de algún alimento para agradar y satisfacer a alguien, es considerado como un acto de amor. De acuerdo con estudios de Charles y Kerr (referidos por Ogden; 2005), los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía familiar.
- Salud frente al placer: a veces la comida puede ser un dilema entre salud y placer, ya que muy a menudo, las dietas o platillos preferidos no son precisamente los más saludables. Un alimento sano y nutritivo es lo que sería preferente consumir, sin embargo, por regla general, es lo último que se desea.

- Reacciones de poder: las relaciones de poder dentro de la familia también se pueden ver reflejadas a través de la comida, esto se observa claramente en las cantidades de alimento que son servidas: en los grupos patriarcales, por ejemplo, el hombre dominante come primero, se le proporciona mayor cantidad de alimento y en algunas ocasiones de mayor calidad; incluso cuando los consortes comen juntos, la mujer sirve al hombre.
- La comida como identidad cultural: puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural, ciertos platillos típicos de la región son los que caracterizan esa comunidad e incluso, la hacen diferente de otras comunidades cercanas.
- Comida como identidad religiosa: ingerir los alimentos, preparar la comida y darla a los demás, se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse santidad dentro de la familia, y los rituales realizados dependen de la religión que sea practicada, así como los alimentos que son permitidos, sagrados o profanos.
- Comida como poder social: la comida es una declaración de status social y una muestra de poder social, las personas poderosas, es decir, aquellas que disfrutan de un nivel socioeconómico alto, ingieren comida de mayor calidad y alto costo y sus alimentos son cocinados y servidos por otras personas de menor nivel socioeconómico.

Por último, cabe mencionar que esta clase de significados que menciona Ogden (2005), son formados y modificados a través del tiempo y del contexto donde se

desarrolle la persona. Quizá en algunos países la gordura es significado de poder y una posición social elevada, mientras que en otros, es sinónimo de indisciplina, fracaso o incluso enfermedad. Comprender por qué las personas comen ciertos alimentos, requiere entender estos significados.

### **2.5.2 Factores familiares**

La comida es parte de un ritual familiar, con ciertos horarios y maneras de llevarlo a cabo, hasta el punto en que es considerado una obligación y su aceptación es bien vista por los padres. El comer significa varias situaciones: alimentarse, sentir un placer, un acto cuya finalidad última es crecer (Ajuriaguerra; 1973).

Para Ajuriaguerra (1973), desde un punto de vista psicoanalítico, existen diversas causas y características en el ambiente familiar donde se desarrolla un trastorno alimenticio. Una de las características de las madres es que son mujeres que generalmente han fracasado en sus aspiraciones, y en la ausencia de este éxito y su necesidad por tener una vida perfecta, dominan la vida familiar, tratando de controlar todo lo que sucede y a todos los integrantes de la familia, impidiendo así la autonomía y autoafirmación de sus hijos. El padre, generalmente, mantiene un estado socioeconómico estable y un éxito social, por lo que está más enfocado en la belleza exterior y espera de sus hijos éxitos y triunfos importantes.

Aunque las familias no muestran signos dramáticos de división, es común encontrarse con una relación sadomasoquista entre los padres, donde la conducta



sádica es llevada a cabo por el padre, mientras que la madre muestra una conducta de aparente sumisión, aunque en realidad ejerce su influencia de forma tácita.

Según M. Selvini-Palazzoli (citado por Ajuriaguerra; 1973), los padres de las anoréxicas tienen ciertas características comunes, ninguno se ha liberado de los lazos de su familia original. El marido se ha casado con una imagen materna idealizada, una mujer capaz, protectora, desprovista de identidad o necesidades propias; mientras que ella ve en el marido características de su propia madre, una mujer exigente, muy crítica, posesiva, con la que ha tenido una relación de esclavitud, culpabilidad y hostilidad. Esta misma relación es la que establece con sus hijos, y ellos están inconscientemente destinados a consolar a su madre, siendo obedientes, sin caprichos o problemas que sean personales; están sometidos a las necesidades de la madre e imposibilitados de toda relación con el padre.

De acuerdo con Rausch (1996), en los antecedentes familiares de las pacientes bulímicas suele haber mayor presencia de alcoholismo y trastornos afectivos tales como la depresión, mientras que las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y hostilidad, teniendo pocas estrategias para resolver conflictos, asociada a una baja tolerancia.

Algunas de las conductas que los padres tienen y que predisponen a sus hijos a presentar un trastorno alimenticio son: que los padres tengan una mala relación con los alimentos, los cataloguen como alimentos adecuados o dañinos, les preocupe en exceso su peso y figura, hagan comentarios burlones de las personas con sobrepeso;

por lo general, que la comida consumida sea baja en calorías y se encuentren permanentemente a dieta.

Rausch (1996: 43) indica que “cuando un miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean causantes”.

### **2.5. 3 Factores socioculturales**

El ser humano siempre estará inmerso en un medio sociocultural, ya que desde que nace, tiene y necesita de cierto contacto social para poder sobrevivir, debido a sus pocas habilidades para llevar a cabo por sí solo su crecimiento y desarrollo, esta socialización comienza en la familia, pero posteriormente se relaciona con la sociedad en que se encuentre.

Las opiniones e ideas de los demás pasan a ser propias y existen prototipos sociales que se toman como ideales a seguir. Como señala Costin (2003) esto sucede a cualquier edad, pero tiene un mayor énfasis en la adolescencia, donde debido a su búsqueda de identidad, a sus cambios biológicos y psicológicos, los jóvenes intentan tomar algunas identificaciones que les parecen adecuadas o les generan algún tipo de admiración, como es el caso de los artistas. Los adolescentes se dejan influenciar en mayor medida por los medios de comunicación y por una sociedad con ideas erróneas acerca del éxito.

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59). Los medios de comunicación relacionan una figura delgada con el éxito y una gran aceptación social, estos mensajes van dirigidos al público en general, pero tienen un mayor peso en las mujeres, ya que intentan comunicar a la mujer que su papel más importante es ser físicamente atractiva y enfatizan la belleza y delgadez como sinónimo.

“Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser una madre perfecta”. (Costin; 2003: 62). Este tipo de ideas y exigencias sociales han hecho que los trastornos alimenticios vayan en aumento, con el objetivo de tener ese cuerpo delgado que la sociedad exige.

Otros prejuicios que se tienen en relación con la delgadez y que obviamente van en contra de la obesidad son, según Costin (2003: 66):

- a) “Se tiene la idea de que los obesos lo son porque comen más que los no obesos.
- b) Los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos.
- c) Se piensa que la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad.
- d) Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.”

La verdad es que un cuerpo delgado no es sinónimo ni de belleza y mucho menos de salud. Cuando se piensa en un cuerpo ideal, solamente se alude a una moda imperante en un momento determinado, ya que el ideal de la belleza no es un factor fijo, sino que varía de acuerdo con la época y la sociedad en que se vive. “Las modas no crean patología, simplemente encauzan sus manifestaciones” (Cancrini y la Rosa; 1996: 262)

El objetivo de las conductas que se presentan en los trastornos alimenticios como lo son la restricción de alimento o los vómitos y purgas, es no ganar peso, y esto generalmente proviene de una idea de la delgadez como una imagen corporal aceptable en esta sociedad. “Si puedo ser exitosa en lograr la figura esperada, obviamente podré serlo después en cualquier otra área” (Costin; 2003: 63). Esta idea conlleva a pensar que una persona con una figura delgada tiene mayores habilidades y conocimientos, esto es totalmente erróneo, ya que la apariencia se va modificando con el paso de los años, en cambio, la forma de relacionarse con los demás, las habilidades y conocimientos pueden aumentar y mejorar con el paso del tiempo y son cualidades más estables y duraderas una vez que son instauradas.

## **2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

“Se define la imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Esta obsesión por la delgadez y conseguir una imagen corporal ideal de acuerdo con el contexto al que se vive, proviene de una serie de ideas que son impuestas y reforzadas diariamente por la

sociedad, la cual señala que una figura delgada es sinónimo de salud y éxito, y esta idea errónea ha sido aceptada y tomada como un patrón. Por ello, que en la actualidad existe con una mayor incidencia en problemáticas de carácter alimenticio.

Ogden (2005) asevera que la insatisfacción corporal puede adoptar muchas formas, se puede manifestar en la altura, peso corporal, cantidad de masa muscular o bien en partes del cuerpo específicas, como lo son los pechos y las caderas en el caso de la mujer, o el estómago en ambos sexos. Dicha insatisfacción puede considerarse en tres perspectivas diferentes:

1. Imagen corporal deformada: consiste en una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es.
2. Discrepancia del ideal: esta perspectiva no involucra el volumen real de la persona, medido objetivamente; en cambio, la comparación se realiza con una imagen mental que las personas tienen de ellos mismos y el aspecto que desearían tener.
3. Respuestas negativas al cuerpo: este aspecto se refiere a los sentimientos y cogniciones negativos y de disconformidad con el volumen y la forma corporal de la persona.

“La anoréxica dice estar más gorda de lo que realmente está” (Rosen, retomado por Jiménez 1997:226). Para la psicología cognitiva actual, la explicación de esta alteración de la imagen corporal no suele estar relacionada con la percepción global

del cuerpo, sino con partes específicas de este, tales como el estómago, las caderas, las nalgas y los muslos.

Para Ogden (2005), la insatisfacción corporal se presenta de modo diferente en hombres y mujeres, esto debido a los prototipos de imagen corporal que según la sociedad debiera poseer cada uno. En esta sociedad, actualmente se ha aceptado la idea de una figura femenina con una silueta delgada, por lo que la mayoría de las mujeres presenta mayor insatisfacción con su torso inferior, deseando que este tenga medidas más pequeñas a las que posee; mientras que en el caso del sexo masculino, la mayor insatisfacción se basa en el volumen corporal, deseando que este sea mayor o menor de acuerdo con el caso, y tomando mayor importancia al torso superior.

De acuerdo con Ogden (2005), el principal factor social que origina una insatisfacción corporal son los medios de comunicación: en las revistas, periódicos, televisión y cine, los personajes utilizados tienen una característica en común, que es la delgadez, ya sea que las personas anuncien algún producto relacionado con el volumen corporal, como lo son la ropa u alimentos o el anuncio trate de cualquier objeto neutro como una aspiradora. Los medios de comunicación venden este producto con una imagen "ideal" es decir, delgada, y además hacen creer que una persona obesa es una desgraciada, con características negativas. Todo este bombardeo de delgadez como ideal por parte de los medios, provoca que tanto en hombres como mujeres la insatisfacción corporal aparezca y aumente; esto tiene un mayor peso en los adolescentes, ya que debido a sus cambios físicos, la mayoría de las ocasiones el

peso y volumen corporal aumentan de forma significativa haciendo que ellos lo noten, se comparen con estos modelos sociales y asuman mayor interés en ello.

Otro factor que desencadena una insatisfacción corporal es la influencia de la familia, en particular, se destaca el papel de la madre. Por lo general, si ella presenta descontento con su propio cuerpo, comunica esta sensación a sus hijos, lo que lleva a ellos a su propia insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal no es exclusiva de los trastornos alimenticios, pero estos sí son una consecuencia de aquella. Entre las medidas que se toman para compensar la insatisfacción con el propio cuerpo se encuentran las cirugías estéticas, sometimiento a un régimen alimentario y el ejercicio, pero no con el objetivo de conseguir salud, sino una disminución en el peso, en el caso de las mujeres, y desarrollar masa muscular en el caso de los hombres.

## **2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios**

Como se mencionaba anteriormente, existen factores llamados perpetuantes, los cuales mantienen los trastornos de alimentación. Estas complicaciones de orden tanto fisiológico como psicológico, como lo son las prácticas de control de peso y la obsesiones con las dietas, comienzan con el objetivo de una disminución en el peso, y continúan aun después de haber conseguido ese objetivo. “La dieta es el factor perpetuante por excelencia” (Costin; 2003: 90).

Cuando la ingesta de alimento es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, devienen complicaciones no solo de tipo fisiológico, sino también psicológico, como lo es una inestabilidad emocional, estados graves de ansiedad, irritabilidad e intolerancia, comportamientos autodestructivos, cambios abruptos en el humor e incluso puede presentarse una depresión anímica profunda.

A todo esto sobreviene también un pensamiento obsesivo relacionado con la alimentación, esto consiste en que la persona se siente invadida por ideas e impulsos que no puede rechazar e incluso controlar, comienza por ocupar la mayor parte de su tiempo pensando en qué va a ingerir en sus siguientes comidas o bien, posterior a una restricción, pierde el control de la ingesta alimenticia, por lo que siente culpa y termina provocándose vómito, atracones y purgas. Estos signos corresponden tanto a la anorexia como a la bulimia.

“Lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma” (Costin; 2003: 103). La privación de alimentos es formadora de hábitos de los cuales es difícil escapar, ya que la persona durante sus periodos de dietas, adquiere ciertas conductas que pasan a ser parte de su vida y por lo tanto, son difíciles de eliminar, como es el caso de la preocupación por conseguir un aumento en el peso o bien, un análisis estricto de los alimentos que se van a ingerir.

Las principales transformaciones físicas que se desarrollan a partir de un trastorno alimenticio y que repercuten en el plano emocional y psicológico son:



1. Cefaleas.
2. Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
3. Molestias gastrointestinales: acidez, constipación o diarrea.
4. Problemas de visión y auditivos.
5. Adormecimiento de miembros (especialmente pies y manos).
6. Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (vello fino) en zonas donde habitualmente no hay pelo.
7. Enlentecimiento metabólico.
8. Disminución de la tolerancia al frío por atermia: pérdida de temperatura corporal.
9. Cambios cardiológicos: bradicardia y taquicardia.
10. Interrupción de la menstruación en mujeres (amenorrea).
11. Debilidad muscular y deshidratación (Costin; 2003).

La subalimentación tiene impacto no solo en el área personal, sino también en la social. Como menciona Costin (2003), las personas que padecen un trastorno de alimentación presentan estados de aislamiento y ensimismamiento, se niegan a participar en actividades grupales, sienten gran incomodidad cuando tienen que interactuar con los otros, se alejan de sus familiares y amigos y gradualmente de la sociedad en general, ya que se sienten rechazados, incomprendidos, juzgados por sus conductas, también se manifiesta una disminución en el interés tanto amoroso como sexual.

“Como efecto del mismo trastorno se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida, que rondan la obsesión, hasta el punto de no poder hacer ni

pensar en otra cosa. En especial, surge un inmenso miedo a ganar peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más” (Costin; 2003: 64). Estas actitudes y creencias que se tuvieron durante la presencia del trastorno alimenticio, son difíciles de modificar o incluso eliminar, sin embargo, cuando son identificadas se puede trabajar en ellas para su paulatina modificación.

## **2.8 Tratamiento de los trastornos alimenticios**

Para llevar a cabo el tratamiento de los trastornos alimenticios, es necesario contar con un equipo multidisciplinario, ya que como se describió en los temas anteriores, es un problema donde intervienen diferentes factores por lo que es necesaria una atención integral. “El tratamiento efectivo requiere que se realicen cambios en varias áreas” (Rausch; 1997: 63).

Un equipo multidisciplinario ideal tendría que constar de especialistas en el área de la salud, como: médicos, nutriólogos, entrenadores deportivos, psicoterapeutas individuales, familiares y de grupo. Este equipo va a estar conformado de acuerdo con la gravedad del caso y la problemática particular de la persona que presenta el trastorno de alimentación.

Para Jarne y Talarn (2000), el primer paso para tratar la anorexia nerviosa es la normalización de la dieta y hábitos alimenticios, ya que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura, se sustentan en la malnutrición, y en segundo lugar se procede a resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que se presentan.

De acuerdo con estos autores, un programa de tratamiento para la anorexia nerviosa conlleva varios aspectos, los cuales se describen a continuación:

- 1) Recuperación ponderal: la recuperación del peso adecuado es el objetivo prioritario, ya que consiguiendo una rehabilitación nutricional y la normalización dietética, se pueden corregir algunas de las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición prolonga.
- 2) Tratamiento dietético: consiste en lograr que la paciente anoréxica consuma los contenidos calóricos normales de acuerdo con su peso y edad; esto se puede hacer progresivamente, iniciando con una dieta baja en calorías e ir aumentando poco a poco hasta llegar a los niveles adecuados, o bien, iniciar la terapia con una dieta normal.
- 3) Tratamiento psicológico: las intervenciones psicoterapéuticas son de vital importancia para el tratamiento de esta problemática, aunque poco efectivas cuando la persona se encuentra en las fases más graves de la enfermedad, por ello es necesario esperar a que haya recuperado determinado peso corporal para iniciar con la psicoterapia que se trabajará con diferentes técnicas, de acuerdo con la particularidad del caso.
- 4) Tratamiento farmacológico: los fármacos son indicados en los casos donde se está presentado un trastorno psiquiátrico asociado, como la depresión, pero deben ir acompañados de un trabajo psicológico.
- 5) Terapia familiar: la familia debe tener una información de la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de la paciente, y

no solamente de la necesidad de tratamiento, sino también cuál es el más correcto y qué modelo es el más efectivo.

- 6) Planificación del tratamiento: el tratamiento siempre es multimodal, se necesita un programa de intervención bien estructurado que incluya las tres áreas: el peso, la figura y las cogniciones. Debe diseñarse un programa de monitoreo de comidas que asegure una dieta capaz de hacer que revierta el proceso de la malnutrición y facilite la intervención psicoterapéutica.
- 7) Tratamiento en hospitalización: en pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador, o si ha fracasado en el tratamiento ambulatorio por razones de la misma patología (aparición de complicaciones médicas, lento incremento de peso, persistentes alteraciones cognitivas o aparición de psicopatología depresiva), es recomendable el ingreso a un hospital para poder brindar una mejor atención.
- 8) Tratamiento en hospitales de día: es un paso intermedio entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización, que en casos menos graves puede sustituir la hospitalización completa. La ventaja de este tipo de tratamiento es la reducción del índice de ingresos hospitalarios, la no separación de los pacientes de su ámbito habitual y las actividades que en él se facilitan, como son: tareas de información, sensibilización de la población, programas de prevención, atención permanente, y programas más intensivos a un mayor número de pacientes, ya que está basado en la terapia grupal.

En cuanto a la bulimia, Jarne y Talarn (2000), establecen los objetivos del tratamiento en la bulimia nerviosa:

- 1) Restablecer las pautas nutricionales normales.
- 2) Recuperación física:
  - a. Estabilización del peso.
  - b. Rehidratación y normalización electrolítica.
  - c. Corrección de anomalías físicas: reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación parótida.
- 3) Normalización del estado mental:
  - a. Mejorar el estado de ánimo.
  - b. Tratar posibles trastornos de la personalidad.
  - c. Evitar abusos de sustancias.
  - d. Corregir el estilo cognitivo erróneo.
- 4) Restablecer las relaciones familiares adecuadas:
  - a. Aumentar la participación.
  - b. Aumentar la comunicación.
  - c. Restablecer las pautas y los roles.
  - d. Escapar de los sentimientos de fracaso.

5) Corregir las pautas alteradas de interacción social:

- a. Aceptar el trastorno.
- b. Afrontar los fracasos.
- c. Aceptar la responsabilidad.
- d. Vencer la impotencia.
- e. No buscar marcos sociales denigrantes.

Para finalizar, Rausch (1997) menciona que el tratamiento de los trastornos de alimentación concluye no cuando se acaban los problemas (conductuales, emocionales, sociales, biológicos), sino en el momento en que se cree que la persona es capaz de sobrellevarlos. Esta decisión la toma el terapeuta después de efectuar una evaluación en la cual compara los objetivos que se fueron delineando a lo largo del proceso terapéutico con la realidad actual, destacando lo que ha logrado y lo que queda por lograr.

Con la descripción de los tratamientos relativos a los trastornos alimenticios, se concluye el presente capítulo y el marco teórico. En las páginas restantes se exponen los pormenores de la metodología empleada.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este capítulo está dividido en dos partes: en la primera, se expondrá teóricamente la descripción metodológica utilizada en esta investigación; en la segunda, se analizarán los resultados obtenidos a partir de las aplicaciones de los instrumentos en la población seleccionada.

#### **3.1 Descripción metodológica**

En la primera parte, que concierne a la descripción metodológica, se explicará el enfoque cuantitativo en el que se basa esta investigación; posterior a ello, se expondrá el tipo de investigación, que corresponde al no experimental y al estudio de tipo transversal, para finalizar con el alcance correlacional no causal.

##### **3.1.1. Enfoque cuantitativo**

Existen tres enfoques utilizados en la investigación: cuantitativo, cualitativo y mixto. El primero mide fenómenos por medio del análisis causa-efecto, genera resultados más precisos y permite la réplica y generalización de resultados, su proceso es secuencial y deductivo. Por otra parte, el enfoque cualitativo se caracteriza principalmente porque se conduce por lo general en ambientes naturales, no tiene una fundamentación estadística, su proceso es de manera inductiva, analiza la realidad

subjetiva y no tiene una secuencia lineal. El mixto, como su nombre lo resalta, se utiliza en investigaciones donde están involucrados los dos primeros enfoques. A continuación se describirá más ampliamente el enfoque cuantitativo, el cual que fue utilizado en esta investigación. (Hernández y cols.; 2006).

“El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2006: 5).

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), el enfoque mencionado posee las siguientes características:

- a) Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
- b) Se revisa la literatura del problema de estudio planteado.
- c) Sobre la revisión de la literatura se construye un marco teórico, que es la teoría que guiará el estudio.
- d) De esta teoría derivan las hipótesis.
- e) Se someten a prueba las hipótesis mediante el empleo de diseños de investigación apropiados. Si los resultados son congruentes con estas, se aporta evidencia a favor; si se refutan, se descartan en busca de mejores aplicaciones y nuevas hipótesis.
- f) Para obtener estos resultados se recolectan datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, estos datos se estudian y analizan mediante procesos estadísticos con la finalidad de obtener resultados objetivos.



### **3.1.2 Investigación no experimental**

Para Hernández y cols. (2006), la investigación no experimental podría definirse como la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, no se hace variar de forma intencional la variable independiente para ver su efecto sobre la dependiente, sino que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para analizarlos posteriormente. “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos” (Kerlinger y Lee, mencionados por Hernández y cols.; 2006: 205). Este tipo de investigación fue utilizado en este estudio.

### **3.1.3 Estudio transversal**

Hernández y cols. (2006) proponen que dentro de la investigación no experimental se encuentran dos tipos de estudio, que se clasifican por su dimensión temporal o número de momentos en los cuales se recolectan datos. El primero que mencionan es el longitudinal, el cual se concentra en estudiar cómo evoluciona una o más variables o las relaciones entre ellas, así como los cambios que se tienen a través del tiempo; por ello, se toman datos en diferentes momentos para analizar el cambio.

El segundo tipo es el transaccional, el cual analiza el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado, evaluando la situación o fenómeno en un punto determinado del tiempo, ubicando así cuál es la relación entre un conjunto de variables en ese momento. Se recolectan los datos en un solo momento, como si se

tomara una fotografía del fenómeno a estudiar, y por las características mencionadas es el tipo de estudio en el que se basa esta investigación.

### **3.1.4 Diseño correlacional**

Los alcances que puede tener la investigación cuantitativa son cuatro: exploratorio, donde se investigan problemas poco explorados, indagan desde una perspectiva innovadora y preparan el terreno para nuevos estudios; en el descriptivo, solamente se considera un fenómeno y sus componentes, se miden conceptos y se definen las variables; el explicativo se caracteriza por determinar las causas de los fenómenos, generando un sentido de entendimiento; por último, el correlacional ofrece predicciones, explica y cuantifica la relación entre las variables. En esta investigación se utilizó el diseño correlacional, el cual se describirá más ampliamente (Hernández y cols.; 2006).

“La investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2006: 104). Tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Esta relación puede ser entre dos variables, o bien, más compleja, donde se involucren tres variables o más. Este tipo de investigación mide cada variable presuntamente relacionada y posteriormente se cuantifica y analiza su correlación.

La utilidad de los estudios correlacionales radica en saber cómo se puede comportar un concepto o variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas, es decir, intenta predecir.

La correlación puede ser positiva o negativa. El primer caso es cuando los sujetos con valores altos en una variable tendrán también valores elevados en la otra variable, o bien, cuando los sujetos presentan valores bajos en ambas variables. Si los sujetos obtuvieran valores altos en una variable y bajos en otra, se puede hablar de una correlación negativa; por otra parte, se afirma que no hay correlación entre las variables, cuando fluctúan sin seguir un patrón sistemático entre sí. Si dos variables están correlacionadas en una amplia magnitud, se tiene una mayor exactitud para predecir la otra variable conociendo solo una de ellas.

### **3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar datos se dispone de una gran variedad de instrumentos, tanto cuantitativos como cualitativos. Para Hernández y cols., un instrumento de medición es un “recurso que utiliza el investigador para registrar la información o datos sobre las variables que tiene en mente” (2006: 276).

En el caso específico de esta investigación, que es de tipo cuantitativo, se utilizaron instrumentos que poseen tres requisitos esenciales: confiabilidad, que es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes; validez, es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir, y la

objetividad, que se refiere al grado en que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que los aplican, califican e interpretan. A continuación se describirán los instrumentos utilizados en el estudio de la población seleccionada para este trabajo.

Para la medición de la variable independiente se utilizó la prueba “Perfil-Inventario de la personalidad (P-IPG)”, su autor es Leonard V. Gordon. El objetivo de esta prueba es medir rasgos estables de la personalidad y un factor de autoestima, relacionados con la adaptación y la eficiencia del sujeto en situaciones sociales, educativas y laborales.

Este instrumento mide ocho aspectos de la personalidad: ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional, sociabilidad, cautela, originalidad, relaciones personales y vigor. Puede ser utilizada para evaluar a adolescentes y adultos, su aplicación puede ser de manera individual, colectiva y autoaplicable; aunque no tiene un tiempo límite para contestar la prueba, su aplicación por lo general dura un tiempo aproximado de 30 minutos (Gordon; 1994).

El Perfil de Personalidad de Gordon consta de 18 grupos de reactivos y el Inventario Perfil de Gordon, de 20; cada grupo está formado por cuatro fases descriptivas (tétradas). Posee un sistema de elección forzada consiste en tener que marcar de cada tétrada, la aseveración que más se asemeje al sujeto (+) y la que se le parezca menos (-).

La confiabilidad y estabilidad en las escalas del P-IPG han demostrado ser satisfactorias para los propósitos de la valoración individual. La confiabilidad se obtuvo por medio del método de mitades, corregida con la fórmula de Spearman Brown y basada con muestras de diferentes características, estudiantes de diferentes grados escolares y nacionalidades; se logró así un puntaje de confiabilidad de 0.87 en promedio.

Para la medición de la variable dependiente que corresponde a los trastornos alimenticios se empleó la prueba Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-2), de David M. Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser de manera individual o grupal, su tiempo de aplicación no es limitado, aunque en promedio su aplicación se realiza en 30 minutos y se puede aplicar a partir de los 11 años de edad.

La prueba está constituida por un total de 91 reactivos que evalúan 11 escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las opciones de respuesta son “Nunca”, “Pocas veces”, “A veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbrach, con resultados superiores a 0.80. Para la evaluación de la validez, se realizaron estudios tanto de validez de contenido, como de criterio y de constructo, de los cuales se obtuvieron puntajes y resultados satisfactorios.

### **3.2 Población y muestra**

Para comenzar con este apartado es necesario primero definir lo que es una población y una muestra. Para Asti, “una población es el conjunto de todos los casos que integran un grupo de especificaciones o características predeterminadas.” (1992: 56). Así se define y delimita un grupo de personas que viven en situaciones similares y comparten algunas características. “Una población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con delimitadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2006: 239).

Por otra parte, “se denomina muestra a un conjunto de elementos seleccionados y extraídos de una población, con el objetivo de descubrir alguna característica de dicha población y basándose también en el postulado de que las conclusiones formuladas, acerca de la muestra, valen también para la población de la cual esta ha sido extraída” (Asti; 1992: 56).

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), en la mayoría de los estudios realizados, se utiliza una muestra, por economía de tiempo y recursos. Dicha muestra va a depender de la investigación que se está realizando, ya que es un subgrupo de

la población de interés para la investigación; por ejemplo, si se quiere estudiar el nivel de autoestima en mujeres embarazadas, la muestra poblacional tendría que estar integrada por mujeres embarazadas, de no ser así, se estaría utilizando una muestra errónea.

### **3.2.1 Delimitación y descripción de la población**

Hernández y cols. (2006) expresan que es importante delimitar la población, estableciendo con claridad sus características y delimitando a la vez los parámetros muestrales.

Esta investigación se realizó en el Colegio de Bachilleres de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Esta institución tiene un total de 1487 alumnos, los cuales se dividen en 691 del turno matutino y 796 del turno vespertino, integrados en 31 grupos: 12 de primer semestre, 10 de tercero y 9 de quinto.

Las edades de los alumnos en la población oscilan entre los 15 y 19 años: cuentan con un nivel socioeconómico medio y medio alto. La mayor parte de la población es originaria de esta ciudad, si bien hay una minoría conformada por alumnos originarios de ciudades o pueblos aledaños a la misma.

Para fines de esta investigación se tomó una muestra con un total de 94 alumnos adolescentes que cursan y se encuentran en edad escolar correspondiente al primer año de educación media superior, es decir, hombres y mujeres que tienen

entre 15 y 16 años, correspondientes al ciclo escolar 2012-2013. 48 alumnos correspondientes al grupo “104”, del turno matutino y 46 al grupo “111”, del turno vespertino.

### **3.2.2 Proceso de selección de muestra**

Hernández y cols. (2006) proponen dos tipos de muestras: probabilística y no probabilística. En la primera, los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, así como de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis, mientras que en la no probabilística, la selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, o de quien hace la muestra.

Esta muestra intencional se hace cuando se elige un grupo o grado escolar específico que facilita la recolección de los datos, en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de los resultados. Este tipo de muestreo es recomendable en investigaciones donde los recursos de tiempo son escasos; aunque los resultados no se pueden generalizar, se pueden mencionar como referencia para otros sujetos de la población (Hernández y cols.; 2006).



De acuerdo con los objetivos de esta investigación, se delimitó la muestra de forma no probabilística, también llamada muestra dirigida, que requiere de una controlada y cuidadosa elección de los sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento.

### **3.3 Descripción del proceso de investigación**

El proceso de investigación se llevó a cabo en diferentes fases: primero se delimitaron las variables que se estudiarían en la investigación, las cuales fueron la personalidad y los trastornos de alimentación, con la finalidad de encontrar una correlación entre estas. Posterior a ello, se definieron las hipótesis de trabajo y nula, así como los objetivos a lograr en la investigación.

Después se seleccionó la población con la cual se iba a trabajar, por medio de un muestreo simple, ya que se tomó solamente una muestra de la población suficientemente grande para extraer una conclusión, e intencional, ya que se prestableció cierto grupo para la conformación de la misma (Hernández y cols.; 2006). En este caso, la muestra estuvo compuesta por estudiantes que cursan el primer semestre de bachillerado en el Colegio de Bachilleres de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Se tomaron en cuenta dos grupos de primer año, uno del turno matutino, y el segundo grupo correspondiente al turno vespertino, con la finalidad de que la muestra se encontrara equilibrada entre los diferentes turnos que la institución maneja. Esta sección estuvo conformada por una mayor cantidad de mujeres, 65%.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición de las variables, utilizando el Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon, para la variable de personalidad, y el Test EDI-2 para la variable de trastornos alimenticios.

La aplicación tuvo lugar el 9 de diciembre de 2012 en las instalaciones del plantel, en cada uno de los salones correspondientes a la muestra poblacional seleccionada. Una vez aplicados los instrumentos y lograda la obtención de resultados, se procedió a realizar el análisis estadístico, por medio del programa computacional Microsoft Excel, con el fin de obtener tanto las medidas de tendencia central como las de dispersión, para de esta manera conocer la correlación entre las variables estudiadas.

En el siguiente subtema se muestran los datos obtenidos en la aplicación de ambos instrumentos, así como el correspondiente análisis estadístico.

### **3.4 Análisis e interpretación de resultados**

En este subtema se presentan los resultados tanto obtenidos en la investigación, con el fin de probar una de las dos hipótesis formuladas al inicio. Los resultados se presentan en tres apartados: en primer término se muestran los resultados obtenidos de la variable independiente, que en este caso corresponde a los rasgos de personalidad; enseguida se exponen los resultados de la variable

dependiente, que corresponde a los trastornos alimentarios; por último, se presentan los resultados arrojados del análisis de correlación de estas variables.

### **3.4.1 Los trastornos alimentarios**

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el término trastornos alimenticios hace referencia a la distorsión que padecen las personas en cuanto a su forma y tamaño de cuerpo, esto se encuentra relacionado con los problemas con su imagen corporal. Usualmente estas personas tienen una obsesión por mantener su peso corporal por debajo de los estándares establecidos y presentan un miedo intenso a ganar peso.

A continuación se muestran en puntajes percentiles y las medidas de tendencia central de los resultados obtenidos en la escala EDI-2, la cual muestra los indicadores de los trastornos alimenticios.

El propósito de las medidas de tendencia central es resumir un conjunto de datos, de forma que sea posible tener un panorama general y que sirva para representar el resto de la información. (Weimer: 2003). De acuerdo con el autor referido se describen las medidas de las cuales se hará mención en este capítulo, con la finalidad de una mejor comprensión de los resultados.

La media aritmética es el promedio, se encuentra sumando los números (n) y dividiéndolos entre el número de medidas. La mediana, se determina ordenando los datos, si el número de medidas es impar, la mediana será el dato del centro. La moda

es la medida más frecuente en una muestra. La desviación estándar es una medida de dispersión la cual se refiere a la raíz cuadrada de la varianza, siendo esta última, el promedio de los cuadrados de las desviaciones de los valores, es decir, esta medida nos indica que tan dispersos se encuentran los datos.

- En la primera escala, la cual mide la obsesión por la delgadez (DT), se encontró una media de 53, una mediana de 51, una moda de 18 y desviación estándar correspondiente a 26. La media y mediana se encuentra en niveles dentro de la norma, y la moda dentro de los niveles considerados dentro de los niveles bajos.
- En la escala de bulimia (B), se encontró una media de 55, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 16. Los tres datos se encuentran dentro de los niveles normales.
- En la escala (BD) que corresponde a la medición de la insatisfacción corporal, se obtuvo una media de 55, una mediana de 55, una moda de 25 y una desviación estándar de 22. La media y mediana tienen un nivel normal y la moda tiene un nivel bajo.
- En la escala de ineficacia (I), se obtuvo una media de 49, una mediana de 44, una moda de 44 y una desviación estándar de 22. Los puntajes de las tres medidas se encuentran dentro de la norma.
- En la escala de perfeccionismo (P), se encontró una media de 66, una mediana de 69, una moda de 39 y una desviación estándar de 25. Tanto la media, mediana y moda presentan puntajes normales.

- En la escala (ID) correspondiente a la desconfianza personal, se encontró una media de 62, una mediana de 66, una moda de 19 y una desviación estándar de 27. La media y mediana presentan puntajes dentro de la norma, mientras que la moda tiene un puntaje correspondiente a un rango bajo.
- En la escala de conciencia introceptiva (AI), se obtuvo una media de 50, una mediana de 50, una moda de 12, y en la desviación estándar se determinó un puntaje de 30. Los dos primeros puntajes caben dentro de lo normal, la moda indica un puntaje bajo.
- En la escala de miedo a la madurez (MF), se cuantificó una media de 78, una mediana de 85, una moda de 92 y una desviación estándar de 21. Los tres puntajes se encuentran en puntajes altos.
- En la escala correspondiente al ascetismo (A) se encontró una media de 51, una mediana de 51, una moda de 40 y una desviación estándar de 27. Media, mediana y moda, se encuentran dentro de la norma.
- En la escala que mide la impulsividad (IR), se obtuvieron los siguientes puntajes: media, 68; mediana, 77; moda, 83 y desviación estándar, 26. La media se encuentra en un nivel estadístico normal, mientras que la mediana y moda presentan niveles altos.
- En la última escala, que corresponde a la inseguridad social (SI), se obtuvo una media de 66, una mediana de 71, una moda de 71 y una desviación estándar con un puntaje de 21. La media se encuentra dentro de la norma, mientras que la mediana y moda presentan puntajes altos.

En cuanto a los puntajes de desviación estándar oscilan entre 16 y 30, lo que significa que en las once escalas la existe poca dispersión de los datos.

Estos resultados mencionados anteriormente se representan por medio de una tabla en el anexo 1.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se indican los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba del percentil 70, para así ubicar las escalas en las que existe mayor incidencia en el tema de los trastornos alimenticios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 32% de los sujetos resultó por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 15%; en la de insatisfacción corporal, 28%; en la de ineficacia, 22%; un 48% en la escala de perfeccionismo; un 47% en la de desconfianza interpersonal; en la de conciencia introceptiva se obtuvo un 32%; un 68% en la de miedo a la madurez; en la escala de ascetismo, 29%; la de impulsividad obtuvo un 61%; mientras que la última escala, correspondiente a la inseguridad social, obtuvo un 51%. Para obtener estos porcentajes primeramente se identificó la cantidad de sujetos que resultó por arriba del percentil antes indicado, posteriormente se realizó una regla de tres, simple, considerando que el total de sujetos es de 94 y representa el 100%.

Estos porcentajes se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

En función de lo anterior, se observa que en las escalas donde existe una mayor incidencia son: miedo a la madurez, donde se obtuvo un 68%; impulsividad, con un 61%, y la inseguridad social, donde se obtuvo un 51%. Esto es significativo en la investigación, ya que el puntaje sobrepasa la mitad de la población.

Se puede afirmar entonces que las escalas obtenidas con puntajes altos son: obsesión por la delgadez, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, lo cual es significativo ya que sobrepasan el 30%, es decir, de cada diez adolescentes, tres presentan percentiles por encima del percentil 75, indicando una tendencia a presentar una problemática en esas escalas.

### **3.4.2 Los rasgos de personalidad**

La personalidad se define como un “patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo, que persiste a través del tiempo y de las situaciones” (Morris y Maisto; 2005: 378).

Retomando el DSM-IV (APA; 2002), los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo. Morris y Maisto (2005:393) afirman que “los rasgos representan propiedades estadísticas de las poblaciones, no de los individuos”.

Como siguiente punto se darán a conocer los resultados obtenidos en las escalas medidas respecto a la variable de rasgos de personalidad, en percentiles.

- 1) En la escala de ascendencia, se encontró una media de 61, una mediana de 64, una moda de 64 y una desviación estándar de 25.
- 2) En la escala de responsabilidad se cuantificó una media de 53, una mediana de 53, una moda de 42 y una desviación estándar de 27.
- 3) En la escala de estabilidad emocional se obtuvo una media de 48, una mediana de 52, una moda de 86 y una desviación estándar de 29.
- 4) Mientras tanto, en la escala de sociabilidad se determinó una media de 48, una mediana de 48, una moda de 48 y una desviación estándar de 24.
- 5) Los puntajes de la escala de cautela son: media, 41; mediana, 38; moda, 35 y desviación estándar, 22.
- 6) En la escala de originalidad se tiene una media de 47, una mediana de 43, una moda de 43 y una desviación estándar de 23.
- 7) Respecto a las relaciones personales, en esta escala se obtuvo una media de 37, una mediana de 34, una moda de 15 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la última escala, que corresponde al vigor, se obtuvo una media de 48, una mediana de 50, una moda de 59 y una desviación estándar de 24.

La media se encuentra estadísticamente en el rango normal, por encima del percentil 30 y debajo del percentil 70 en las ocho subescalas, al igual que la mediana; en la moda sucede lo mismo, a excepción de la escala de estabilidad emocional, que



se encuentra por encima del percentil 70, con un puntaje de 85. Lo que representa individuos realmente libres de preocupaciones, ansiedades y tensión nerviosa.

En la desviación estándar, el dato mayor tiene un valor de 29 y el menor de 22, lo que da una diferencia de 7, es decir, los datos tienen una mínima dispersión, los resultados se mantienen constantes en toda la población estudiada.

Los resultados anteriormente redactados se muestran en una tabla correspondiente al anexo 3.

Se puede observar que los resultados presentan un nivel de variación mínimo y dentro de los niveles estadísticos considerados normales, entre 30 y 70, en las escalas de medidas de tendencia central, lo que denota regularidad en los sujetos.

### **3.4.3 Relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios**

Existen pocas investigaciones que relacionen el tema de los trastornos alimenticios con la personalidad, por ello, este estudio se realizó con la finalidad de saber si existe o no una relación entre estas dos variables. Esta investigación es correlacional, dado que se miden dos o más variables con el objetivo de saber cómo se relacionan, utilizando el análisis factorial, que es una técnica estadística que examina de manera sistemática las relaciones entre las medidas de las variables estudiadas.

Antes de pasar a la redacción de los resultados obtenidos de la correlación, se procede a dar una breve explicación de los elementos que se desarrollarán. En estadística, el coeficiente de correlación de Pearson es un índice que mide la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, mientras que la varianza de factores comunes solamente es el resultado obtenido del índice Pearson elevado al cuadrado. Esto último utilizado para poder definir el porcentaje de correlación (Peña; 2001).

De acuerdo con Coolican (2005), la correlación es el vínculo estadístico existente entre las variables medidas, se mide por medio del coeficiente de correlación, el cual toma valores de -1 a +1, entendiéndose como la probabilidad. El cero se interpreta como la inexistencia de relación y el uno como una relación absoluta. El +1 representa una correlación positiva y el -1 es una correlación negativa. “Las correlaciones negativas se producen cuando una variable disminuye a medida que la otra aumenta” (Coolican; 2005: 294).

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis factorial entre la variable de trastornos alimenticios y la de personalidad, realizado en el colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán. Al relacionar ambas variables se obtuvieron 88 correlaciones, ya que la prueba de trastornos de alimentación consta de 11 escalas y la prueba de personalidad de 8; al ser un número extenso, se procede solo a redactar los resultados de las correlaciones más significativas del análisis.

Se encontraron ocho correlaciones destacables en el estudio, todas de carácter negativo, de acuerdo con el índice de correlación de Pearson, es decir, entre más alta sea una escala, menor será el nivel de la escala con la que se está relacionando.

La primera correlación es la responsabilidad con la ineficacia, donde se cuantificó un índice de correlación de -0.37, que elevado al cuadrado para obtener la varianza de factores comunes, es de 0.14, es decir, tiene un porcentaje de relación del 14%. Mientras más nivel de responsabilidad presente el sujeto, tendrá menor nivel de ineficacia.

La segunda correlación significativa fue la de estabilidad social con la obsesión por la delgadez, con un índice de correlación de -0.32 y una varianza de factores de 0.10, equivalente a un 10%. A mayor estabilidad social, menor obsesión por la delgadez.

La estabilidad social y la ineficacia tuvieron un índice de correlación de -0.32, así como una varianza de 0.10, igual a un 10%. Esto significa que entre más estabilidad social tenga el sujeto presentara menor ineficacia.

La cuarta correlación significativa está conformada por la estabilidad social y la conciencia introceptiva, con un índice de correlacional de -0.32 y una varianza factorial de 0.10, es decir un 10%. A mayor estabilidad social, menor conciencia introceptiva.

La correlación de la escala de estabilidad social con la impulsividad obtuvo un índice de -0.33, equivalente a una varianza de factores de 0.11, que representa un 11%. A mayor estabilidad social, existirá menor nivel de impulsividad.

En la sexta correlación significativa, está la escala de cautela con la escala de impulsividad; se determinó un índice de correlación de -0.33 y una varianza de factores de 0.11, es decir, un 11%. A mayor nivel de cautela, menor nivel de impulsividad.

La escala de relaciones personales, correlacionada con la escala de conciencia introceptiva, obtuvo un índice correlacional de -0.33, equivalente a una varianza factorial de 0.11, igual a un 11%. Entre mayor sea el nivel de relaciones personales, menor será la conciencia introceptiva.

La octava y última relación significativa que resultó del análisis, corresponde a la relación entre la escala de relaciones personales con la de impulsividad, teniendo un índice correlacional de -0.39 y una varianza de factores comunes de .015, equivalente a un 15%. Esta correlación fue la más significativa por tener el mayor porcentaje en comparación con los resultados obtenidos. A mayor nivel de relaciones personales se tendrá menor nivel de impulsividad.

Estos resultados de la relación de las variables se pueden observar en las tablas de los anexos 4, 5 y 6.

En función de los resultados presentados se confirma la hipótesis de trabajo, la cual expresa que existe una relación significativa entre los niveles de los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos sobre el análisis estadístico entre las variables rasgos de personalidad y trastornos alimenticios, se corrobora la hipótesis de trabajo, ya que se obtuvieron ocho correlaciones significativas que lo sustentan.

En lo que respecta al objetivo general que se estableció al inicio de esta investigación, en el cual se planteó establecer la relación que existe entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán, se logró cumplir de manera satisfactoria, gracias al análisis estadístico de los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas correspondientes a cada variable.

Los objetivos particulares 1, 2 y 3, que se refieren respectivamente a definir el término personalidad y sus componentes; establecer qué es un rasgo de personalidad; así como describir los rasgos de personalidad que mide la prueba Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon (P-IPG), se cumplieron gracias a la recopilación y descripción de la información teórica del capítulo 1.

Respecto a los objetivos 4, 5 y 6, que conciernen a conocer los antecedentes de los trastornos alimenticios; exponer las principales características de los trastornos alimenticios; al igual que identificar los factores que intervienen para que se desarrollen

los trastornos de alimentación, respectivamente, se cumplieron satisfactoriamente con el desarrollo teórico del capítulo 2.

El objetivo particular referido a la medición de los niveles de trastornos alimentarios existentes en los alumnos de bachillerato, se realizó gracias a la administración de la prueba psicológica Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, conocida como EDI-2, de Gardner (1998).

Por otra parte, el propósito referido a medir el nivel de los rasgos de personalidad de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán, se cumplió gracias a la administración del test Perfil-Inventario de la Personalidad (P-IPG) de Gordon (1994).

El último objetivo particular, en el que se planteó determinar la correlación estadística entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios de los alumnos del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán, se logró de manera satisfactoria mediante la aplicación de fórmulas estadísticas para cuantificar la correlación.

La consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Se pueden enfatizar de manera particular los siguientes hallazgos: en lo que respecta al análisis de los resultados de la aplicación de la escala EDI-2 para valorar

la variable de trastornos alimenticios, se encontraron puntajes muy altos que sobrepasan el percentil 70, es decir, exceden la tendencia para representar una problemática en esas escalas, tales como miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social. Estos puntajes se presentan, en estas tres escalas, en más del 50% de la población de este estudio.

En los hallazgos particulares encontrados respecto a la variable de personalidad, destaca la estabilidad emocional, por encima del percentil 70, que representa individuos realmente libres de preocupaciones, ansiedades y tensión nerviosa. Por otro lado, la escala de relaciones personales se encuentra por debajo del percentil 30, lo que refleja falta de esperanza o confianza en los demás, tendencia a criticar a las personas y enojarse e irritarse por lo que hacen los demás.

En lo que respecta a la correlación entre las variables, se encontró en el análisis de resultados que en el caso de los alumnos de primer semestre del Colegio de Bachilleres, de Uruapan, Michoacán, existe una relación significativa entre los niveles de los rasgos de personalidad y los trastornos alimentarios, destacando ocho correlaciones negativas.

Otro logro importante dentro de esta investigación fue facilitar un nuevo referente empírico acerca de la relación existente entre los rasgos de personalidad y los trastornos alimenticios, ya que existen muy pocas investigaciones donde se relacionen estas variables, por lo que este estudio también es una fuente para ampliar los conocimientos teóricos en cuanto a lo ya mencionado.



Por los resultados obtenidos y lo señalado anteriormente, se propone continuar con las investigaciones enfocadas a estas variables, ya sea relacionándolas con atributos diferentes o bien, en diferentes situaciones a las realizadas en este estudio, con la finalidad de enriquecer el conocimiento en estos temas.

Finalmente, se considera necesaria la preocupación por parte de la institución y el personal directivo de la misma, para llevar a cabo acciones como la atención psicológica y el desarrollo de algunos proyectos con el objetivo de reducir los casos con puntajes altos de miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social en el caso de la variable trastornos alimentarios; al igual que afrontar el puntaje bajo de la variable de personalidad correspondiente a la escala relaciones personales, así como tomar medidas preventivas para que no se siga desarrollando esta problemática.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973).  
Manual de psiquiatría infantil.  
Editorial Masson. Barcelona.

Allport, Gordon. (1980)  
La personalidad, su configuración y desarrollo.  
Editorial Herder. Barcelona.

American Psychiatric Association. (APA) (2002)  
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.  
Editorial Masson. Barcelona.

Asti Vega, Armando. (1992)  
Metodología de la investigación.  
Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.

Cameron, Norman. (1990)  
Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico.  
México, Trillas.

Cancrini, Luigi; La Rosa, Cecilia. (1996)  
La caja de pandora.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Carver, Charles S; Scheier, Michael F. (1997)  
Teorías de la personalidad.  
Prentice Hall. México.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Cloninger, Susan C. (2003)  
Teorías de la personalidad.  
Editorial Pearson Educación. Prentice Hall. México.

Coolican, Hugh. (2005)  
Métodos de investigación y estadística en psicología.  
Editorial Manual Moderno. México.

Costin, Carolyn. (2003)  
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y  
prevención de los trastornos alimentarios.  
Editorial Diana. México.

- Feist, Jess; Feist, Gregory J. (2007)  
Teorías de la personalidad.  
McGraw-Hill Interamericana de España.
- Gardner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.
- Gordon, Leonard V. (2011)  
Perfil - Inventario de la personalidad (P-IPG).  
TEA Ediciones, S.A. México.
- Heredia G., Lugarda Lizette. (2010)  
Similitudes en los rasgos de personalidad de los delincuentes homicidas reclusos en el centro de readaptación social de Uruapan, Michoacán.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2006)  
Metodología de la investigación.  
McGraw-Hill, México.
- Hinojosa Nieto, Erika Nallely (2010)  
Influencia de los rasgos de personalidad sobre las actitudes hacia el consumo de marihuana.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.
- Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)  
Manual de psicopatología clínica.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jiménez, H. Manuel (1997)  
Psicología Infantil  
Editorial Aljibe. Granada.
- Kamphaus, Randy W.; Frick, Paul J. (2000)  
Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y el adolescente.  
Manual Moderno. México.
- Kaplan Robert M.; Saccuzzo, Dennis P. (1993).  
Pruebas psicológicas: principios, aplicaciones y temas.  
Thomson. México, D.F.

Mischel, Walter. (1988)  
Teorías de la personalidad.  
Editorial McGraw-Hill. México.

Morris, Charles G.; Maisto, Albert A. (2005)  
Introducción a la psicología.  
Editorial Pearson Prentice Hall. México.

Ogden, Jane. (2005)  
Psicología de la alimentación.  
Editores Morata. España.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003)  
Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados  
con la salud. Décima Revisión (CIE-10).  
Editorial OPS. Washington.

Papalia, Diane. (2005)  
Desarrollo humano.  
McGraw Hill Interamericana, México.

Peña, Daniel. (2001)  
Fundamentos de Estadística.  
Editorial Alianza. Madrid, España.

Pittaluga, Gustavo. (1983)  
Temperamento, carácter y personalidad.  
Breviarios Fondo de Cultura Económica. México, D. F.

Rausch H., Cecile. (1996)  
La esclavitud de las dietas.  
Editorial Paidós. Argentina.

Rausch H., Cecile. (1997)  
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.  
Editorial Paidós. Argentina.

Toledo Suárez, Elsa. (2011)  
Relación entre estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Secundaria  
Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,  
Michoacán, México.

Weimer, Richard C. (2003)  
Estadística.  
Editorial CECSA. México.

## MESOGRAFÍA

Aguirre Bonifaz, Yussel. (2007)

“Rasgos de personalidad en mujeres a favor y en contra del aborto”.

Universidad de las Américas Puebla. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Licenciatura en Psicología.

Cholula, Puebla, México.

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/aguirre\\_b\\_yt/capitulo\\_3.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/aguirre_b_yt/capitulo_3.html)

Cifuentes Alvarez, Mincy Carolina (2004)

“Prevalencia de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en relación al nivel socioeconómico y al género”

*Universidad Francisco Marroquín. Facultad de medicina.*

*Guatemala*

<http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3875.pdf>

Echeverría Serrano, Elizabeth (2006)

“Bulimia nerviosa, estilos de afrontamiento y situaciones estresantes”.

Universidad de las Américas Puebla. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Licenciatura en Psicología.

Cholula, Puebla, México.

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mocl/echeverria\\_s\\_e/portada.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/echeverria_s_e/portada.html)

Vázquez Arévalo, Rosalía; López Aguilar, Xochitl; Álvarez Rayón, Georgina Leticia; Franco Paredes, Karina; Mancilla Díaz, Juan Manuel (2004)

“Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados”

*Universidad Nacional Autónoma de México - FES Iztacala*

*México Distrito Federal*

<http://www.udec.edu.mx/jornadas/Files/HomyMujCaballo.pdf>

## ANEXO 1

### MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTANDAR

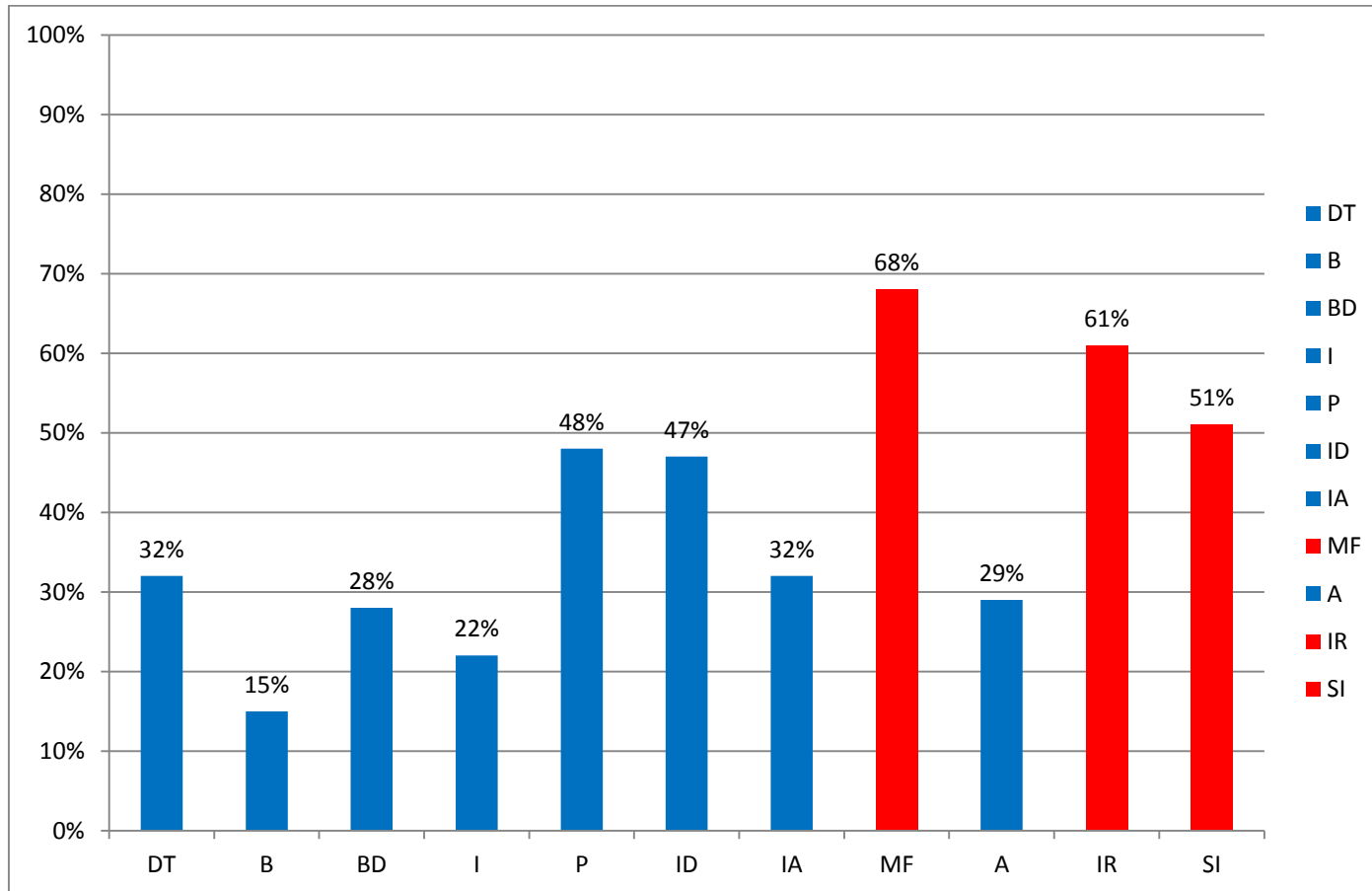
#### DE LA PRUEBA EDI-2 CORRESPONDIENTE A LA VARIABLE DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Media	53	55	55	49	66	62	50	78	51	68	66
Mediana	51	47	55	44	69	66	50	85	51	77	71
Moda	18	47	25	44	39	19	12	92	40	83	71
Desviación estándar	26	16	22	22	25	27	30	21	27	26	21

## ANEXO 2

Gráfica de los porcentajes con un percentil arriba de 70 en las escalas de la prueba EDI-2

De la variable de trastornos alimenticios



### ANEXO 3

#### MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTANDAR

#### DE LA PRUEBA P-IPG CORRESPONDIENTE A LA VARIABLE DE RASGOS DE PERSONALIDAD

	A	R	E	S	C	O	P	V
Media	61	53	48	48	41	47	37	48
Mediana	64	53	52	48	38	43	34	50
Moda	64	42	86	48	35	43	15	59
Desviación estándar	25	27	29	24	22	23	27	24



## ANEXO 4

TABLA DEL ÍNDICE CORRELACIONAL "PEARSON"

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
A	-0.07	0.02	0.02	-0.22	0.04	-0.30	-0.21	-0.02	-0.30	-0.09	-0.26
R	-0.25	-0.12	-0.29	-0.37	-0.02	-0.18	-0.17	-0.05	-0.22	-0.28	-0.30
E	-0.32	-0.09	-0.26	-0.32	-0.15	-0.13	-0.32	0.02	-0.23	-0.33	-0.16
S	-0.04	0.00	0.09	-0.11	-0.01	-0.28	0.06	-0.03	-0.18	0.13	-0.31
C	-0.06	-0.31	-0.27	-0.13	-0.01	-0.11	-0.17	-0.19	-0.12	-0.33	-0.13
O	-0.05	-0.07	0.00	-0.24	0.06	-0.17	-0.21	0.00	-0.16	-0.13	-0.10
P	-0.10	-0.02	-0.19	-0.23	-0.13	-0.23	-0.33	-0.05	-0.09	-0.39	-0.15
V	-0.20	0.04	-0.23	-0.30	0.07	-0.07	-0.11	-0.05	-0.21	-0.06	-0.13

## ANEXO 5

TABLA DE FACTORES COMUNES ( $r^2$ )

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
A	0.01	0.00	0.00	0.05	0.00	0.09	0.04	0.00	0.09	0.01	0.07
R	0.06	0.01	0.09	0.14	0.00	0.03	0.03	0.00	0.05	0.08	0.09
E	0.10	0.01	0.07	0.10	0.02	0.02	0.10	0.00	0.05	0.11	0.03
S	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.08	0.00	0.00	0.03	0.02	0.09
C	0.00	0.09	0.07	0.02	0.00	0.01	0.03	0.04	0.01	0.11	0.02
O	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.03	0.04	0.00	0.03	0.02	0.01
P	0.01	0.00	0.03	0.05	0.02	0.05	0.11	0.00	0.01	0.15	0.02
V	0.04	0.00	0.05	0.09	0.00	0.01	0.01	0.00	0.04	0.00	0.02

## ANEXO 6

### PORCENTAJE DE RELACIÓN

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
A	1%	0%	0%	5%	0%	9%	4%	0%	9%	1%	7%
R	6%	1%	9%	14%	0%	3%	3%	0%	5%	8%	9%
E	10%	1%	7%	10%	2%	2%	10%	0%	5%	11%	3%
S	0%	0%	1%	1%	0%	8%	0%	0%	3%	2%	9%
C	0%	9%	7%	2%	0%	1%	3%	4%	1%	11%	2%
O	0%	0%	0%	6%	0%	3%	4%	0%	3%	2%	1%
P	1%	0%	3%	5%	2%	5%	11%	0%	1%	15%	2%
V	4%	0%	5%	9%	0%	1%	1%	0%	4%	0%	2%