CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD E IDEAS IRRACIONALES EN UNA PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ASISTE A PSICOTERAPIA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Ps
4030789

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

SISTEMATIZADO
HEMEROTECA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD E IDEAS IRRACIONALES EN UNA PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ASISTE A PSICOTERAPIA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

LILIANA MARTINEZ POLO
ZULEIMA ELIZABETH OLIVEROS RICCIOLLI

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA – COLOMBIA
2.001

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD E IDEAS IRRACIONALES EN UNA PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ASISTE A PSICOTERAPIA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

LILIANA MARTINEZ POLO
ZULEIMA ELIZABETH OLIVEROS RICCIOLLI

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

ASESORA:

LIZETH REYES
Psicóloga

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA – COLOMBIA
2.001

NOTA DE ACEPTACIÓN

3.8 (tres, ocho)

Margarita Cabeza P.

Presidente del Jurado

Irene Polo.

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Por medio de estas líneas queremos agradecerle primero a Dios, por darnos sabiduría y entendimiento, por permitirnos la vida para culminar con éxitos nuestros estudios de pregrado y especialmente, permitirnos la realización del presente trabajo.

A la Doctora Lizeth Reyes Psicóloga y docente de la Universidad Simón Bolívar, quién nos brindo su orientación y apoyo incondicional para el desarrollo de esta monografía.

A los Doctores Patricia Ruiz, Víctor Ovalle Psicólogos y docentes de la Universidad Simón Bolívar por su valiosa colaboración en todo momento.

Al doctor Frank Marenco Psicólogo y docente de la Universidad Simón Bolívar por su valiosa asesoría y orientación para que nosotras llegáramos a la meta final de nuestro trabajo.

A la Doctora Sureya Acosta Psicóloga y docente de la Universidad Simón Bolívar, por su asesoría para la interpretación de las pruebas psicométricas 16PF e IBT.

Y a todas las personas que contribuyeron con la culminación de este trabajo, que nos permitirá alcanzar nuestro anhelado titulo profesional de Psicóloga.

Por último, y no por ello menos importante, a nosotras mismas, ya que de una u otra manera aprendimos a valorar nuestra amistad y a comprender extensamente las dificultades que surgen durante las relaciones interpersonales.

DEDICATORIA

A Dios le damos las gracias por habernos permitidos culminar con nuestro trabajo de grado.

A nuestros Padres por todos los esfuerzos que realizaron para que nosotras llegáramos a la meta final, por su dedicación y apoyo constante, por no dejarnos desfallecer cuando las cosas no salían bien.

A nuestros Hermanos que siempre estuvieron colaborándonos, y dándonos lo mejor apoyo y amor.

Y a todas las personas cercanas a nosotras que con su constante empuje, amor y dedicación hicieron posible que nosotras llegáramos a la meta para alcanzar nuestro anhelado titulo de Psicología.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
INTRODUCCIÓN	12
1. PREGUNTA PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	19
3.1. OBJETIVO GENERAL	19
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
4. MARCO TEORICO	20
4.1. ANOREXIA NERVIOSA	20
4.1.1. Antecedentes Históricos de la Anorexia Nerviosa	20
4.1.2 Definición de la Anorexia Nerviosa	28
4.1.2.1 Características Diagnósticas de la Anorexia	29
4.1.3 Subtipos	32
4.1.4 Etiopatogenia	34
4.1.4.1 Factores predisponentes	34
4.1.4.1.1 Factores predisponentes individuales	35

4.1.4.1.1.1 Problemas con la autonomía 35

4.1.4.1.2 Camino a la perfección y el autocontrol (Hiper- responsabilidad) 36

4.1.4.1.1.2 Miedo a madurar 38

4.1.4.1.2 Factores Familiares 39

4.1.4.1.3 Factores biológicos 42

4.1.4.1.4 Factores Socio culturales 43

4.1.4.1.5 Teoría Multifactorial 44

4.1.4.2 Factores Precipitantes 44

4.1.4.3 Factores perpetuantes o de mantenimiento 45

4.1.5 Epidemiología 46

4.1.6 Incidencia 47

4.1.7 Prevalencia 53

4.1.7.1 Prevalencia por edades 53

4.1.7.2 Prevalencia por sexos 54

4.1.8 Características físicas de los anoréxicos 54

4.1.9 Características psicológicas de la anorexia 59

4.2 PERSONALIDAD 62

4.2.1 Definición 62

4.2.2 Determinantes de la personalidad 64

4.2.2.1 Determinantes biológicos en el desarrollo de la personalidad 64

4.2.2.1.1 Constitución física y temperamento 65

4.2.2.1.2 Determinación del papel de la Herencia en la personalidad 71

4.2.2.1.3 Genética de la conducta 71

4.2.2.1.4 Posiciones actuales sobre el temperamento 72

4.2.2.2 Determinantes sociales en el desarrollo de la personalidad 75

4.2.2.2.1 Ambiente Físico 76

4.2.2.2.2 Ambiente Social 77

4.2.2.2.3 Rol de la cultura 78

4.2.2.2.4 Proceso de socialización 79

4.2.2.2.5 Controversia Cultura / persona 80

4.2.2.2.6 Cultura y personalidad 81

4.2.2.2.7 Trastorno de la personalidad asociados a la Anorexia Nerviosa 88

4.2.2.2.7.1 Trastorno de la Personalidad evitativa 88

4.2.2.2.7.2 Trastorno de la Personalidad narcisista 90

4.2.2.2.8 Instrumento para medir la personalidad 90

4.2.2.2.8.1 Cuestionario de los 16 factores de la personalidad 91

4.3 IDEAS IRRACIONALES 95

4.3.1 Instrumentos Para Evaluar ideas Irracionales 107

5. DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO 113

5.1 DEFINICION CONCEPTUAL 113

5.1.1 Anorexia Nerviosa 113

5.1.2 Personalidad 113

5.1.3 Ideas Irracionales 113

6. CONTROL DE VARIABLES 114

6.1 VARIABLES CONTROLADAS 114

6.2 VARIABLES NO CONTROLADAS 115

7. METODOLOGÍA PRELIMINAR 116

7.1 DISEÑO 116

7.2 UNIDAD DE ANÁLISIS 117

7.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS 117

7.3.1 Test 16 PF 117

7.3.2 Test IBT 121

7.4 PROCEDIMIENTOS 124

8. RESULTADOS 126

9. CONCLUSIÓN 137

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES 143

BIBLIOGRAFÍA 148

ANEXOS 152

LISTA DE ANEXOS

	PAG
1. HOJA DE RESPUESTA DEL 16 PF	153
2. TEST IBT	154
3. ENTREVISTA	155

INTRODUCCIÓN

La anorexia es un trastorno alimenticio que frecuentemente es padecida por mujeres. Esta enfermedad se debe a causas nerviosas o psicológicas.

"La paciente típica es una adolescente, a menudo de clase media o alta, y con una inteligencia superior a la normal. Suele ser trabajadora, seria y tranquila, con un ligero exceso de peso, hasta que el comentario casual de un amigo o pariente, o algo que ve o lee, la induce a empezar una dieta intensa. En ocasiones este período de adelgazamiento dura poco tiempo y la muchacha reemprende su alimentación normal y su desarrollo adolescente prosigue. Sin embargo, incluso un breve período de ayuno, si comporta una perdida de peso importante (aproximadamente de un 25% del total corporal), puede producir una perdida temporal de la menstruación. La anorexia nerviosa no es una enfermedad nueva, pero solo es identificada como entidad diferenciada desde la segunda guerra mundial y ha aumentado su frecuencia en los últimos 20 años. Ello se debe al bombardeo publicitario a que se encuentra sometido hoy día los jóvenes de ambos sexos, en particular las muchachas, a quienes se inculca la idea de que cuanto más delgada sea una mujer, más atractiva resulta".[1]

[1] PAXTON, Paul y otros. Medicina y Salud; guía practica. Bogotá: Círculo de Lectores S.A. 1985 P.22

Las características de personalidad de las que padecen este trastorno está influenciada por ideas irracionales, es por ello que surgió el interés en la realización de este proyecto; en el cual se pretendió describir las características de personalidad e ideas irracionales en una paciente diagnosticada con anorexia nerviosa que va a psicoterapia en la ciudad de Barranquilla. La información que se desea recolectar para la elaboración completa de este proyecto se realizará a través de los test 16 PF[2] que evalúa la personalidad; esta prueba consta de 16 factores que son: (A) expresividad emocional, (B) Inteligencia, (C) Fuerza del yo, (E) Dominancia, (F) Impulsividad, (G) Lealtad grupal, (H) Aptitud situacional, (I) Emotividad, (L) Credibilidad, (M) Actitud cognitiva, (N) Sutileza, (O) Conciencia, (Q1) Posición social, (Q2) Certeza individual, (Q3) Autoestima, (Q4) Estado de ansiedad; y el test IBT[3] que mide las ideas irracionales y consta de 9 escalas que son: (1) Necesidad de aprobación, (2) Autoexigencias, (3) Culpar a otros, (4) Reacción a la frustración, (5) Irresponsabilidad, (6) Ansiedad por preocupación, (7) Dependencia, (8) Influencia del pasado, (9) Perfeccionismo, por medio de los cuales se obtuvo una idea clara de las características de personalidad de las que padecen anorexia nerviosa y se conoció las ideas irracionales de esta persona que padecen el trastorno.

---

[2] CATTELL, Raymond. EDER Herbet. TASTSVOKA Maurice. Cuestionario de 16 factores de la Personalidad (16 PF).Colombia. Ediciones Pedagógicas.Latinoamericana Ltda. 1980

[3] RIZZO Walter. Entrenamiento Asertivo. Aspectos Conceptuales, Evaluativos y de Intervención. México. Norma.1996

También se dirigió esta investigación, del proyecto a través de la ayuda de diferentes textos entre los cuales se tuvo como texto guía Anorexia y Bulimia[4].

Esta investigación se llevo a cabo a través del enfoque cognitivo conductual, ya que este enfoque permitió analizar cual es el tipo de personalidad y las ideas irracionales que tienen las anoréxicas nerviosas.

[4] TANNANHAUS, Nora. Anorexia Y Bulimia. EDT Plaza & janes, Sabadell,Barcelona,1995

1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características de la personalidad e ideas irracionales en una paciente de 27 años de edad diagnosticada con anorexia nerviosa, que asiste a psicoterapia en la ciudad de Barranquilla?

2. JUSTIFICACIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno que incide negativamente en la personalidad y la forma de pensar de las que padecen. La anorexia nerviosa es una enfermedad de etiopatogenia solo parcialmente conocida, en la que la alteración nuclear no es, en rigor, la anorexia (falta de apetito), sino el deseo irrefrenable de delgadez, con resistencia a comer o a retener lo ingerido (VALLEJO Ruiloba, 1994). La anorexia nerviosa es considerada también como un desorden emocional que pone en riesgo la vida. Este trastorno alimenticio es subyacente a ciertas características de la personalidad propias del sujeto que desarrolla la enfermedad. J.B Watson: Define la personalidad como la "Suma de las actividades que pueden ser descubiertas mediante la observación real de la conducta a lo largo de un intervalo temporal lo bastante largo como para ofrecer información fiable. En otras palabras, la personalidad no es sino el producto final de nuestros sistemas de hábitos. (www.PUC/CARRER./escuela_ de psicología/ publicaciones.html). A ello también se le suma los pensamientos distorsionados o deformados que tienen estas personas, por ende, se considera relevante el abordaje de las creencias irracionales, las cuales debido a su irracionalidad nos impiden un análisis objetivo generando consecuencias contraproducentes y autodestructivas. Ellis, pone de manifiesto que la forma de pensar, de emocionarnos o de comportarnos

irracionalmente tiene una base de características biológicas. Por fundamento biológico, este autor entiende que "Una característica o rasgo tiene unos orígenes marcadamente innatos (así como también adquiridos) y que en parte brotan de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse en una forma típica".

Esto no implica una base puramente instintiva, sino que como aclara Ellis se refiere a que, "a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra modificarlo y/o eliminarlo" (www.Puc/carrer./escuela de psicología/publicaciones.html).

Es por ello que se ha percibido la necesidad de realizar este proyecto ya que por medio de él estaremos en capacidad de discutir dichas características e ideas irracionales de estas personas.

Para los futuros psicólogos es indispensable conocer la incidencia que tiene en la personalidad e ideas el padecer este trastorno alimenticio, es importante conocer como se originan estas ideas, las características encerradas en la personalidad de estas personas y lo que realmente les interesa, se conocerá las características propias de la personalidad y las ideas irracionales que presenta la paciente objeto de estudio.

Así mismo, este proyecto puede ser útil como documento guía a otros estudiantes que deseen en el desarrollo de su carrera, bien sea como psicólogos, psiquiatras

consultar en un momento determinado en el que necesiten información sobre las características de personalidad e ideas irracionales en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa. Así pues este proyecto puede llegar a ser un valioso aporte como fuente de información.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características de la personalidad e ideas irracionales en una paciente de 27 años de edad diagnosticada con anorexia nerviosa, que asiste a psicoterapia en la ciudad de Barranquilla.

3. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar las características de la personalidad con el test 16 PF, en una paciente de 27 años diagnosticada con anorexia nerviosa, que asiste a psicoterapia en la ciudad de Barranquilla.

- Evaluar las creencias irracionales, con el test IBT, en una paciente de 27 años de edad diagnosticada con anorexia nerviosa que asiste a psicoterapia en la ciudad de Barranquilla.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANOREXIA NERVIOSA

4.1.1 Antecedentes Históricos de la Anorexia Nerviosa. Osvaldo Orozco, Psicólogo en su tesis " trastornos del comer: obesidad, anorexia nerviosa y Bulimia, una revisión critica",[5] hace un recuento histórico sobre la anorexia nerviosa en donde señala lo siguiente: los primeros escritos sobre la anorexia tienden a ser anecdóticos o muy poco documentados. Uno de estos es el caso de Martha Taylor, una paciente de 22 años de edad, que comenzó con un ayuno de 13 meses que le dio fama y notoriedad. Entre el 13 de octubre de 1668 y el 30 de marzo de 1669. en Londres se hicieron tres artículos en los cuales se describía la enfermedad. Robins, 1968; H.A., 1669; Reynolds, 1669; citados por silverman [6], 1968.

---

[5] OROZCO MENDEZ Osvaldo. Psicólogo. Trastornos Del Comer: Obesidad, Anorexia Y Bulima, Una Revisión Critica. Tesis Universidad Del Norte 1991 Barranquilla .P. 475.

[6] Silverman, j.a anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physian, philosopher, and pedagogue. An essay. International journal of eating disorders. Vol. 5(5), 1986. 847-853.

El 29 de junio de 1969, el doctor Nathaniel Johston, un médico que practicaba en pontefract, envió un comentario sobre Martha al doctor Timothy Clarke, este era el favorito del rey Carlos II y miembro de la royal society.

Clarke envió un informe a la reunión de la sociedad el 8 de julio de 1669.

Martha Taylor tenia 19 años, era hija de un miembro que extraía plomo y vivía con su familia en over-haddon, cerca de Bakewell en Derbyshire. Su historia clínica presenta una gran cantidad de evidencia de patología. A la edad de 11 años, había tenido un problema en la columna, desarrollando una parálisis de las extremidades inferiores que duro dos semanas. Después de su recuperación total, se fue deprimiendo hasta llegar a una "melancolía religiosa", y su parálisis volvió (junto con un delirio de seis meses).

Una vez que sus síntomas desaparecieron, desarrollo una tos tan intensa que "podía ser oída de 400 a 500 pasos" (casi media milla). Posteriormente, se ocupo durante una noche y un día a leer la Biblia u otros libros religiosos.

Su último período menstrual ocurrió el día del arcángel san Miguel (29 de septiembre de 1667) cuando tenia 18 años. Poco después de esto, estuvo afectada por un ataque de vómitos. Empezó a disminuir su ingesta de sólidos

durante 12 ó 13 meses y subsistió con unas pocas gotas de almíbar de caña de azúcar o jugo de una raíz tostada. Se estableció que ella no excreto ni orino.

El 20 de octubre de 1668 Thomas Hobbes, él filósofo y político ingles escribió lo siguiente:

"...ella empezó en diciembre (como dice su madre) a perder el apetito; en marzo ya había perdido mucho peso; en cuanto a que durante los últimos seis meses ella no ha comido o bebido nada, puesto que solo humedece sus labios con una pluma... la mujer esta manifiestamente enferma, y por tanto creo que no va a durar mucho tiempo".

Veinte años mas tarde, Morton (1689) un miembro del colegio de médicos, publicó su obra magna, Phtisiologia, seu exercitationes de Phtisi. En este volumen, traducido al ingles cinco años más tarde con el titulo de tratado de consuciones, estableció su concienzuda y detallada descripción de muchos procesos de enfermedades que causan la destrucción de los tejidos corporales.

Todo su material se basó en observaciones clínicas, con pocas referencias de libros. El texto que es muy descriptivo, se conoce más por su comentarios de la tuberculosis.[7]

---

[7] SILVERMAN, J.A.; MORTON, Richard. 1637-1698. limner of anorexia nervosa: his life and times . a tercentenary essay. Jama, Vol. 250 (20) 1983. P. 2.830-2.832.

En la actualidad, es muy conocido como el autor de la primera explicación médica de la anorexia, una condición que se denominaba "consucion nerviosa" causada por "tristeza y preocupaciones ansiosas". La descripción clínica de su caso es la siguiente:

La hija del señor Duke en st. Mary Asé, en 1684, de dieciocho años, en el mes de julio cayó en una total supresión de sus cursos mensuales por una multitud de preocupaciones y pasiones en su mente, pero sin ningún síntoma de la enfermedad –verde que le sobrevino. Desde aquel momento su apetito comenzó a decaer y su digestión fue mala; su carne empezó a verse flácida y laxa, su rostro estaba pálido, con otros síntomas normales en una consunción universal del habito del cuerpo, y por él frió extremo y memorable que ocurrió durante el invierno siguiente. Esta consunción no pareció mejorar; durante esa época se acostumbro estudiar de noche y en forma continua que se quedaba abstraída por los libros, se exponía día y noche a las inclemencias del aire, que en ese tiempo era extremadamente frió, no sin cierto daño manifiesto para su sistema nervioso. La primavera siguiente por la prescripción de algún medico, tomo un vomito y hasta donde se, no era una medicina establecida, la cual no le trajo ninguna mejoría. Así desde ese momento aborreció toda clase de medicamentos, descuido totalmente el cuidado de sí misma durante dos años, hasta que llego a tal grado de marasmo, o consunción y a consecuencia de ello, sufría desmayos. A raíz de eso, me la enviaron para que la aconsejara.

No recuerdo haber visto a nadie con ella en mi practica anterior, que estuviera jugando con la vida, hasta el punto que la destruía a un grado (como un esqueleto vestido únicamente con la piel), aunque no tenia fiebre, sino que por lo contrario, tenia una frialdad en todo el cuerpo; No tosía, ni tenia una dificultad al respirar, ni apariencia de padecer un problema pulmonar, o de ningún otro órgano; sin flexibilidad, u otro signo de enfermedad, o gasto preternatural de los jugos nutritivos.

Solo su apetito estaba disminuido y su digestión era dificultosa, con desmayos que frecuentemente le volvían a ocurrir. Trataba de aliviar estos síntomas por una aplicación externa de bolsas aromáticas en él estomago, así como el uso interno de medicinas amargas, aguas furringinosas, y licores de menta y aguas antihistéricas, suficientemente impregnadas con espíritu de sal de amoniaco y tintura de castor y otras cosas de esa naturaleza. Después de usar esto, ella pareció mejorar, pero se sentía cansada con las medicinas, rogaba que esto finalizara, pero ella se consumía cada día mas, estuvo durante tres meses sin conciencia y murió. En 1868, Gull describió la anorexia como una entidad clínica distinta, en donde asumió que los factores psicológicos jugaban un papel en su desarrollo, Bruch[8] ,1982.

[8] Bruck, H anorexia nervosa: therapy and theory. American journal of psychiatry. Vol. 139(12), 1982.P.1531

Morton autor fue el primero en utilizar el termino anorexia nerviosa, Sharousky, D.L. et al[9].

Esta enfermedad se debería a lesiones destructivas en la hipófisis y luego se aplica él termino de anorexia pituitaria a todos los caso que presentaban una gran pérdida de peso, con o sin signos de falla hipofisiaria [10].

La enfermedad fue luego olvidada hasta que en 1930 Berkman publicó una serie de estudios, redescubriendo a la anorexia nerviosa como una entidad clínica y reconociendo en la misma desordenes fisiológicos secundarios a disturbios psíquicos.

A partir de estos estudios se establecieron teorías de origen endocrino, que llevaron al uso indiscriminado de sustancias que inducían la implantación de glándulas pituitarias de animales. Durante los años 30, se reconoció que la excesiva y rara caquexia hipó pituitaria era diferente de la anorexia nerviosa que se determina psicológicamente. La búsqueda de un factor endocrino u otro factor orgánico continuo. Además, la anorexia nerviosa era una enfermedad rara e incluso los especialistas en el campo veían unos pocos casos [11] .

---

[9] Sharousky, D.L. aspectos neuroendocrinos de la A. N. Revista Agr. de endocrinología y metabolismo. Vol. 21.

[10] Sharousky. Op. Cit.P. 18.

Pero pocos años mas tarde, se empezó a considerar por un lado, los estudios médicos y fisiológicos tales como los de Morlock en 1939 sobre la leucopenia y otras anormalidades hematológicas encontradas en los pacientes anoréxicos, los que en forma excesiva eran susceptibles a cualquier tipo de infección Bowers y eckert [12] . Por otro lado, los estudios de los aspectos psicológicos , que ya en 1932 con Wulff empezaron a aparecer en la literatura sobre el tema, en los cuales se comparó las fluctuaciones de algunos pacientes entre bulimia y depresión, el ayuno y la relación, con estados de animo maniaco-depresivos.

En 1939, carrier considero a la anorexia nerviosa como una variante de una enfermedad afectiva, en donde la depresión será el síntoma característico. En forma similar, G. Nicolle, 1939; LCR. Arman, 1939, publicaron que la anorexia nerviosa era una variante o una forma incipiente de esquizofrenia.

Otros como Palmer, Jones, 1939, la clasificación como una neurosis compulsiva Garfinkel, Moldofsky, Garner, 1980[13] .

El psicoanálisis jugó un papel importante en reestablecimiento de los conceptos de naturaleza psicológica de las enfermedades. El foco de investigación fue la función de comer alterada, el componente "oral".

---

[11] Bruch. Op. Cit.P. 1531

[12] Bowers, T.K.; Eckert, e. leukopenia in A. N. lack of increased risk of infection. Archive of internal medicine. Vol. 138, 1978.P. 1520.

[13] Garfinkel, Moldosfky, Garner. Op. Cit. P.1036

Cuando se incluían varias condiciones con las dificultades alimenticias, el vómito, trastornos digestivos, la definición de la enfermedad se hacia poco y difusa.

El objetivo era explicar los conflictos subyacentes ocultos por una formulación psicodinamica. La anorexia nerviosa se veía como una forma de histeria de conversión y como la expresión simbólica del repudio a la sexualidad, en especifico de fantasía de "impregnación oral". Esta visión dominó este campo durante los años 40 y 50 y todavía es sostenida por algunos[14].

En los estados unidos en 1952, fue establecido el manual estadístico y diagnostico de las enfermedades mentales (DSM). En 1968 surgió un segundo y, finalmente, en 1980 el III. En el DSM I, en la categoría de síntomas especiales estaban los trastornos del aprendizaje, trastornos de habla, la enuresis y el sonambulismo. Los síntomas especiales que se manifestaban por un síntoma que no eran el resultado de otros problemas orgánicos o mentales[15].

En el DSM II. A esos síntomas se les agrego los tics, otros trastornos psicomotores, los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación, la encopresis y la cefalalgia. Una anorexia mental fue incluida entre los trastornos gastrointestinales psicofisiológicos.

---

[14] Bruch. Op. Cit.P. 1532

[15] Souza Figueroa, Lucia de Fátima. Anorexia Nerviosa. Conceito por Doenfa mental. Journal Brasileriro psiquitria. 1985. P. 11-15.

En el DSM III, se limitaron los términos psicofisiológicos, psiconeurosis y psicosomáticos, por presentar una referencia etiológica implícita en su concepto. De ese modo, la anorexia nerviosa fue incluida en el tópico de las enfermedades mentales en los niños y los adolescentes. Se le considero como un trastorno mental de la alimentación al lado de la bulimia, la pica y la rumiación en la infancia.

Un argumento en los casos de la anorexia nerviosa y bulimia durante la década del 76 al 86 ha sido documentada en informes de Europa, Gran Bretaña y los Estados Unidos.

El DSM III, 1980, hace una revisión en el cual encuentra que una de cada 250 mujeres experimentaran síntomas de un trastorno de la alimentación en cualquier momento de la adolescencia. En un estudio de mujeres con anorexia nerviosa en Suecia, Theander (1970) encontró una incidencia que casi doblaba a la que se dio en el periodo del 40 al 70 [16].

4.1.2 Definición De La Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es una enfermedad de etiopatogenia solo parcialmente conocida, en la que la alteración nuclear no es, en rigor, la anorexia (falta de

---

[16] Hendren, R.L.; Barber, J,K; Sigafoos, A. Eating-disordered symptoms in a non clinical population: a study of female adolescents in two private schools. Journal of American Academy of Child Psuchiatry. Vol. 25(6), 1986.P. 836

apetito), sino el deseo irrefrenable de delgadez, con resistencia a comer o a retener lo ingerido[17]. La anorexia nerviosa es considerada también como un desorden emocional que pone en riesgo la vida.

4.1.2.1 Características Diagnósticas de la Anorexia. Las características esenciales de la anorexia nerviosa son:

a). La negativa a mantener el peso corporal peso normal mínimo para edad y altura, por ejemplo, perdida de peso dirigido a mantener el peso un 15% por debajo del esperado; o dejar de aumentar tanto peso como se esperaba un periodo de crecimiento.

b). Un miedo intenso a aumentar peso o engordarse, aunque tenga peso insuficiente.

c). Recepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la auto evaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.

---

[17] Vallejo, Ruiloba j. Introducción a la sicopatología y a la psiquiatría. Editorial Masson. S. A. Barcelona , 1994. P. 279.

d). Amenorrea en las mujeres postmenarquicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos[18].

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de perdida puede haber falta de aumento de peso. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. El individuo debe tener un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kg/m^2. (El IMC se calcula en m^2 dividiendo el peso en Kg por altura). Estos valores límite son solo una ayuda para el clínico, debido que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una talla y edad determinada. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo debe considerarse su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la perdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p.Ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos).

---

[18] Pierre, Pichot y otros. DSM IV. Editorial Masson S. A. Barcelona Madrid,1997. P. 553.

Las personas con este trastorno tienen un temor intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este temor generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hacho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo[19].

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales. Alguna persona se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, los glúteos y los muslos) les parecen demasiados gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una bascula, las medidas de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente en el espejo para observar las zonas consideradas "obesas". Consideran un logro el perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta puede tener implicaciones clínicas graves.

---

[19] Pierre, Pichot y otros. DSM IV. Editorial Masson S. A. Barcelona Madrid, 1997. P. 553.

Las niñas que hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas folículo estimulantes [FSH] y luteinizantes [LH]) es indicadora de una difusión fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la perdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada perdida de peso (o cuando observan que no ganan peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de perdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

4.1.3 **Subtipos.** Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o ausencia de atracones ocultas durante los episodios de anorexia nerviosa.

• **Tipos Restrictivos.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayudando o realizando ejercicios intensos. Durante los episodios de anorexia, la persona no se embarca regularmente en ciclos de atracones y /o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Las pacientes restrictivas presentarían todas las conductas de rechazo (deseo de comer solo, lentitud extrema al hacerlo, ocultación de comida) y se aquejaría más inapetente[20].

• **Tipo compulsivo purgativo (Bulímico).** Este subtipo se utiliza cuando durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de personas que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxante o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de alimento. La anoréxica del tipo bulímico se caracterizarían, además, por unas más frecuente historia familiar de obesidad, frecuente sobrepeso premorbido, descontrol impulsivo, frecuentes reacciones distimicas, mayor riesgo auto lítico y mayor

[20] Vallejo, Ruiloba j. Introducción a la sicopatología y la psiquiatría. Editorial Masson S. A. 1994. P. 284.

frecuencia del alcoholismo y droga dependencia[21]. Las familias de los anoréxicos bulímicos menos estables, hay más discordia entre los padres y problemas de salud físicos y han experimentado mas eventos negativos en un pasado reciente[22].

4.1.4 **Etiopatogenia.** La anorexia nerviosa se considera en la actualidad un trastorno de origen multifactorial y que solo puede ser comprendida desde un enfoque biopsicosocial. Los estudios epidemiológicos, genéticos, neuroquímicos, psicopatológicos, socio genéticos, etc. Realizados en las dos ultimas décadas, han permitido comprobar que las formulaciones, biológicas, psicodinámicas o socio genéticas no pueden explicar de forma aislada el inicio, el desarrollo y la perpetuación del proceso.

Garfinkel y Garner han profundizado en el desarrollo de una concepción multifactorial señalando que pueden identificarse factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

4.1.4.1 **Factores Predisponentes.** Entre los factores predisponentes deben diferenciarse los individuales, los familiares y los socioculturales.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

[21] Vallejo, Ruiloba j. Introducción a la sicopatología y la psiquiatría. Editorial Masson S. A. 1994. P. 284.

[22] Sarason, Sarason. Psicología anormal. Editorial Prentice hall, 1996. P. 486.

4.1.4.1.1 **Factores predisponentes individuales**. Estos comprendería las alteraciones cognoscitivas consistentes en un estilo de pensamiento concreto con razonamiento dicotomizado Bruch (1979); los trastornos psicopatológicos centrados en la tríada sintomatologica descrita así mismo por Bruch (1973);la estructura caracterial que, posee a la variabilidad, suele mostrar en el curso de las anoréxicas restrictivas una agrupación de rasgos tales como el conformismo, la necesidad de aprobación y la falta de respuestas a las necesidades internas; la posible vulnerabilidad neuroendocrina.

4.1.4.1.1.1 **Problemas con la autonomía.** Una posible predisposición a este trastorno es la dificultad que tienen ciertas personas para discriminar de la familia o de otros patrones externos.

En este aspectos, los autores consideran que estos jóvenes viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás.

La obligación de ser siempre "adecuada" les deja, además, poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Planteos que seguramente mostraran

diferencias con los padres o provocaran distanciamiento o dejaran temporariamente insatisfechos a otros[23].

Cuando la seguridad esta puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se espera de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficiencia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, por que se termina siempre dudando de sí mismo.

En lo general, los jóvenes que padecen de este trastorno transitan una etapa que esta llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de barrios, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación mas intima con el sexo opuesto, etc. La dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas es lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar anorexia convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Partiendo de esto, entonces, se interpreta equivocadamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

4.1.4.1.2 **Camino A La Perfección Y El Auto Control (Hipe responsabilidad).** En las jóvenes anoréxicas la tendencia al perfeccionismo es bastante común. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy

[23] Crispo , Rosina y otros. Anorexia y bulimia, editorial odisea. P.8

exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Estas personas si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan. Como se observa en el caso de la anorexia, esta búsqueda de perfección se desplaza al peso corporal, estas personas consideran que para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también logran transformarse a sí mismas. De este modo, lograran ser seguras y tener la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos[24] .

De igual manera es bastante frecuente encontrar en las jóvenes anoréxicas una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, obviamente, un férreo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando su peso corporal, seguramente como compensación de sensación de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" como hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que si

[24] Crespo, Rosina y otros. Anorexia y Bulimia, Editorial Odisea. P.8

es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida.

4.1.4.1.1.2 **Miedo a madurar.** La anorexia nerviosa se desarrolla por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un periodo de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convertir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma mas de "mujer".

Para muchas mujeres con este trastorno de la alimentación, este puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar el cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos:

- Bueno o malo.
- Todo a nada.
- Obeso a delgado.

Como se puede observar, en este respecto, el miedo a crecer se muestra en esos pensamientos dicotómicos y extremistas, más propios de un niño que no acepta la realidad ni el hecho de que cualquier cosa que uno quiere lograr requiere un esfuerzo continuado. Es esencial ir paso a paso y avanzar, no entre el blanco y negro, sino por zonas grises.

De igual manera, el miedo a crecer también contribuye a perpetuar el trastorno de la alimentación, debido a que expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado.

4.1.4.1.2 **Factores familiares.** Entre estos deben considerarse tanto la estructura y la dinámica familiar como los aspectos genéticos. Respecto al primer punto, Selvini Palazzoli (1974) y Minuchin (1978) han estudiado en profundidad los aspectos estructurales y dinámicos de la familia de los anoréxicos, señalando, por

ejemplo, este ultimo autor, el modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas anoréxicas se caracterizaría por:

a). Sobreenvolvimiento, es decir, un grado excesivo de fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individuales. Es una familia que interfiere en donde nadie puede ser un individuo ni tener identidad separada.

b). La rigidez, para cambiar y adaptarse a nuevos patrones de exigencia. Tienen una imagen fantástica de sí mismas y el desarrollo de la individualidad de un hijo adolescente es una amenaza para esta imagen de perfección.

c). La sobreprotección, los miembros de la familia son sobre protectores; expresan preocupaciones por el bienestar de cada uno y responden de manera protectora ante el menor signo de aflicción.

d). La tolerancia a los conflictos es en extremo baja.

e). Evitación y falta de resolución de los conflictos.

f). La tendencia a involucrar al niño en los conflictos aparéntales.

g). Escasa comunicación entre sus miembros.

h). Expectativas demasiado altas de los padres respecto a sus hijos.

i). Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.

j). Existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico.

k). La eternización de los conflictos.

Se considera importante señalar, que el hecho de que una familia presente o tenga una crisis no necesariamente implica que sea una familia patológica. De igual forma, cabe mencionar que las características familiares, antes mencionadas en si mismo no "causan" o "producen" este trastorno de la alimentación sino que simplemente predisponen a eso.

También se ha reportado que las familias de pacientes con anorexia nerviosa parecen felices y que a menudo son de clase económica alta y orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio. Se ha descrito que antes de la aparición de la enfermedad el paciente era "perfecto" y que su niñez fue tranquila y sin problemas. Parece que ocurre en las familias que tienen mas hijas que hijos; raramente en caso de hijo único, es más común que se presente en la mayor de dos hijas y en el caso del hijo predilecto, del que ambos padres piden afecto y confirmación, este papel se vuelve difícil para el hijo, y lo predispone a la aparición de la enfermedad.

4.1.4.1.3 **Factores biológicos.** Hay un aumento de riesgo de anorexia nerviosa en los familiares de primer grado de los pacientes afectados, también de trastornos del estado de animo, y una mayor concordancia en los gemelos monocigoticos, estos datos sugieren la influencia genética.

Existe evidencia de trastornos en el metabolismo y funcionamiento del hipotálamo en la anorexia nerviosa. Los trastornos fisiológicos más importantes son la amenorrea, anomalías en la regulación de la temperatura, disminución de la sensibilidad a la insulina; Retraso en el crecimiento de los huesos, falta de tolerancia al frió, piel seca. Es probable que varios cambios fisiológicos adicionales acompañen la anorexia nerviosa, en especial si se provoca el vomito. Uno de estos, un nivel bajo de cero potasio, puede provocar la arritmia cardiaca, una tendencia hacia los cambios en el ritmo cardiaco que puede dar como resultado la muerte[25]. En este respecto, muchos investigadores creen que dichos cambios fisiológicos se pueden deber al mal funcionamiento del hipotálamo (Halmi y otros, 1983) ya que este controla el balance de líquidos corporales, el mantenimiento de la temperatura corporal, la secreción de las glándulas endocrinas y el metabolismo de la grasa. Por tal razón, algunos médicos consideran que el mal funcionamiento puede ser una causa mas que un síntoma de la anorexia. De hecho, no esta claro si los cambios en el hipotálamo ocurren antes de que empiece el comportamiento anoréxico o como resultado de los cambios en la conducta alimenticia (desnutrición).

En el estudio de la posible asociación entre anorexia nerviosa y otros trastornos determinados genéticamente, tiene la mayor importancia la posible asociación entre anorexia nerviosa y los trastornos afectivos. La frecuente presencia de sintomatología depresiva en pacientes anoréxicos ha sido señalada en numerosos trabajos (Contwell, 1977, Eckert 1982; Herzong, 1984; Piran, 1985). Si bien para algunos autores la relación se establecería sobre la base de que el trastornó de alimentación predispondría a la depresión y no al contrario (Lassle, 1987).

4.1.4.1.4 **Factores socioculturales.** Estos, según los estudios epidemiológicos y transculturales, tienen un papel primordial en la génesis del cuadro. Estos factores constituyen los hechos más significativos y eficaces para que el trastorno pueda desarrollarse (Toro, 1987). La sobre valoración de la delgadez, el cambio de papel de la mujer en la sociedad occidental, la aplastante presión publicitaria, son elemento claramente necesarios para la aparición de la anorexia. Es importante, sin embargo, tener en cuenta que la anorexia nerviosa se ha desarrollado históricamente en el mundo occidental bajo la presión de factores socioculturales de diversa índole, y que los estudios de prevalencia muestran que solo un pequeño porcentaje de jóvenes sometidos a los patrones culturales y estéticos imperantes en nuestra sociedad presentan el cuadro. Estos hechos constituyen una confirmación de que en la etiopatología de la anorexia nerviosa ocurren diversos factores necesarios (algunos absolutamente necesarios pero ninguno puede ser considerado suficiente).

---

[25] Sarasson, Sarasson, Psicopatología anormal, editorial Prentice may. 1996. P.486

4.1.4.1.5 **Teoría Multifactorial.** La anorexia es el resultado de una iteración compleja entre los factores psicológicos y familiares que llevarían al adolescente, en un deseo de autoexpresarce, rehusar el alimento; la desnutrición consecuente produciría cambios hipotalámicos y endocrinos que contribuirían a la hiperactividad, la euforia, los trastornos de la imagen corporal y el miedo a la obesidad. Esta, a favor de esta teoría integrativa, el que algunos de los síntomas no aparecen hasta que el paciente ha perdido cierta cantidad de peso y además ellos mejoran mucho cuando lo recuperan.

4.1.4.2 **Factores Precipitantes.** Es frecuente que la anorexia nerviosa comience en el momento preciso en que la persona decidió bajar de peso. Esto suele ser en respuesta a que la persona se sentía con sobrepeso en aquel momento, o bien como consecuencia de un comentario critico realizado por alguien de su entorno, acerca de su figura. Cuando este no es el caso, no hay ninguna situación desencadenante típica. Se ha demostrado que el común denominador es la naturaleza de la repercusión que tiene el evento gatillante para el individuo.

Sea una separación o pérdida, una destrucción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa; el disparador diverso nos remite a una consecuencia convergente y esta amenaza a su autoestima y su sensación de control de su mundo que conduce a un incremento en la

preocupación por su cuerpo y a la convicción de que se sentirá mas en control de su persona si continua perdiendo peso.

4.1.4.3 **Factores Perpetuantes O De Mantenimiento.** Junto a los factores predisponentes no resueltos tanto individuales como familiares, y naturalmente los persistentes patrones socioculturales patógenos deben considerarse como factor perpetuante de primer orden las alteraciones psicopatologicas consecutivas a la desnutrición. Un experimento realizado por Keys y Colb (1950) en la universidad de Minesota les permitió establecer las consecuencias que tiene sobre las personas la dieta severamente restrictiva.

Estas se tornan enormemente preocupadas por la comida mientras pierden interés por otras áreas, beben mas infusiones, mastican chicle y fuman mas. Durante el período de recuperación de peso, algunos informan sentir mucha hambre después de una comida normal y algunos desarrollan atracones de comida. Los cambios psicopatolgicos y de personalidad que aparecieron en los sujetos de este estudio son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por si mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, sintomatología obsesiva compulsiva en relación a la comida, trastornos de sueño y pérdida de interés sexual. Algunos acaparaban comida. Lo interesante de este estudio es que demuestra que todas estas características son atribuibles

exclusivamente a los efectos de la inanición y no son un rasgo de la personalidad del anoréxico.

Desde el punto de vista de la cronicidad, algunos de los efectos mas serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social. El aislamiento y la marcada reducción en los intereses hacen que con el tiempo las amistades se alejen reduciendo así otra fuente de confirmación externa. Es típico que el anoréxica responda a esta sustracción a su autoestima, por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta. Este ciclo de auto perpetuación tiene como punto de partida la dieta severamente estricta.

4.1.5 **Epidemiología.** La anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta fundamentalmente, pero no exclusivamente, a mujeres entre 10 y 30 años, aceptándose en general que la edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 13-18 años.

La presentación del cuadro en varones no se considera excepcional, aunque todos los estudios epidemiológicos realizados demuestran una prevalencia no superior al 10% del total de los casos. El aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa en las dos ultimas décadas ha sido notable. Diferentes estudios epidemiológicos han confirmado que en la actualidad la anorexia nerviosa continua presentándose con relativa frecuencia en jóvenes de clase socioeconómica media alta, aunque la

enfermedad se detecta cada vez con mayor frecuencia en todos los estratos sociales (Garfinkel 1982).

La muy escasa prevalencia de anorexia en Asia, África y en la población negra norteamericana no debe interpretarse sobre la base de supuestas diferencias interraciales, sino en función de factores socioculturales "occidentales" y presentación de casos (Toro 1987).

El estudio de morbilidad familiar de los pacientes con anorexia ha demostrado, en general, un muy bajo riesgo de afectación para hermanas del 6-7% (Theander, 1970; Crisp , 1980).

En el momento actual no puede afirmarse si este riesgo depende de una supuesta predisposición genética, de compartir una constelación de factores familiares y socioculturales patógenos o de interrelación entre ambas posibles casualidades.

4.1.6 **Incidencia.** La incidencia se define como el numero de nuevos casos de una enfermedad que se presenta en un periodo de tiempo especifico. "caso nuevo" debe ser cuidadosamente definido, por ejemplo, el primer ataque o acceso inicial de la enfermedad durante la vida de una persona. La tasa de incidencia por la razón entre el numero de casos nuevos en el intervalo especificado y la población

expuesta al riesgo. Esta tasa puede hacerse especifica según varios factores como edad, sexo, estado civil, área geográfica y situación socioeconómica.

Tora y Vilardell (1987), aseguran que en el mundo occidental de cada 100.000 muchachas de edad comprendida entre los 15 y los 24 años, de cada 30 a 40 sufren de anorexia nerviosa cada año. Y, concluye que de una frecuencia casi nula se va a pasar a una incidencia altamente significativa, lo suficiente para constituir todo un problema social y no estrictamente individual. Además, Theander (1970) encontró una incidencia de casi el doble durante 30 años desde 1940 hasta 1970. en un estudio de mujeres Kennedy, et al, 1973, encontraron similares aumentos en su estudio de casos registrados en nueva york, Londres y escocia[26] .

Willi y Grossman, intentaron determinar la incidencia de la anorexia nerviosa en tres periodos que iban de 1956 a 1975. su interés era de determinar, si la anorexia nerviosa estaba realmente aumentando, o si el aumento en el numero de casos solo se debía al hecho de que los pacientes anoréxicos estaban bajo las siguientes condiciones;

1.un tratamiento psiquiátrico más frecuente;

2.admisión en un hospital en una condición mas seria que el anterior.

---

[26] Hendren, Barber y Sigafoos. Op. Cit. P.386

Estos autores encontraron que la incidencia en el cantón de Zurcí durante 1956-1958 era de 38/100.000; 1963-1965 de 55/100.000. Durante los tres periodos de las muestras, estos autores vieron 65 muchachas y mujeres con anorexia nerviosa. El aumento en la incidencia entre el primer periodo de la muestra (1956-1958) y el segundo (1963-1965) no era significativa; el aumento en los casos entre 1963-1965, era significativo con la población de riesgo (por ejemplo mujeres residentes del cantón de Zurcí que estaban entre 12 y 25 años) y el aumento entre 1956-1958 y 1963-1965 era significativo en relación con la población de riesgo y la población total. Estos autores compararon su estudio con el de Theander, en el cual este autor encontró en un área definida de Suecia 11 casos durante 1933-1940 y 25 casos durante 1941-1950 y 58 casos durante 1951-1960. este autor estableció un promedio de la incidencia de 24/100.000 habitantes; para el ultimo periodo, 1951 a 1960, la tasa era de 45/100.000 habitantes. Aunque este autor fue muy cauto en asumir un aumento real de la incidencia, razonando que el primer periodo de las muestras el bajo numero de pacientes podría ser explicado por el hecho de que solo en aquel momento los pacientes con casos particularmente severos fueron hospitalizados (en este periodo de las muestras, se encontró caquexia con mas frecuencia que los periodos posteriores) y que en los periodos posteriores el diagnostico fue establecido en forma mas correcta que en los iniciales. Por lo que Willi y Grossman, creen que en su estudio lograron superar esta duda, en cuanto incluyeron todos los pacientes de los registros del hospital que habían diagnosticado con relación a la anorexia nerviosa.

Sobrevino en cambio, de un porcentaje muy distinto de admisiones a los hospitales pediátricos en el primer periodo de las muestras a un porcentaje relativamente mas elevado de admisiones a los hospitales psiquiátricos y de psicoterapia en el ultimo periodo de las muestras. Este hallazgo podría significar un cambio de la conceptualización de la anorexia nerviosa como una enfermedad psicosomática a subsumirla como una enfermedad psicosomática.

La incidencia durante el primer periodo de las muestras, 1956-1958, fue menor que el tercer periodo de las muestras 1973-1975. esta diferencia podría ser el resultado de la hospitalización, incluso en casos menos severos en el ultimo periodo, pero ellos creen que esta hipótesis no es correcta porque el síndrome es muy estable en los tres periodos de las muestras con respecto al intervalo entre el inicio de la enfermedad y la primera hospitalización, la perdida de peso y la amenorrea. De ahí que concluyeron que en los tres periodos de las muestras se comparo el síndrome de la anorexia nerviosa. Sus resultados también caían en el rango de estudios comparativos en la literatura.

Todo esto, los llevaba a sostener la Asunción de un aumento real en la incidencia en los tres periodos.

Hendren, Barber y Sigafoos, que la elevada incidencia de los síntomas de trastornos de la alimentación presentados por estudiantes en dos poblaciones de mujeres estudiantes (un total de 18.35%) y la presencia de síntomas de estos

trastornos notables. Estos resultados son iguales a los presentados por Hlmi et. Al. 1981, (19% de las mujeres universitarias) y un poco elevados que los estudios de pope et al, 1984, que encontraron una bulimia activa en 11.4% de las mujeres compradoras entre 13 y 20 años. Es posible que la población universitaria de Halmi et al, sea similar al estudio de Hendren, Barber y Sigafoos, 1986 (excepto en la edad) que al de pope et al[27].

Scwhabe [28], ha encontrado que la incidencia de la anorexia nerviosa de nuevos casos en todo el mundo anualmente es de aproximadamente 1 por 100.000y se presenta en mujeres adolescentes occidentales. Hughes [29], 1984 esta de acuerdo con este índice e indica que parece ser cada vez mayor y son comunes algunas formas parciales del síndrome.

Murray [30], 1986, sostiene que en varios infomes han indicado que la anorexia nerviosa esta aumentando y cree que el aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa podría estar relacionada con una mayor emancipación de las mujeres y el gran número de madres profesionales. Duddle, 1973, citado por Murray, 1986, encontró un aumento de anorexia nerviosa entre los estudiantes universitarios de Inglaterra. Jones, Fox, Babigian y Hutton (1980) notaron un aumento de los pacientes de anorexia nerviosa en una investigación en nueva york. Además, se

---

[27] Pope, Jr. H.G.; Hudson, M.I.; Yurgelun-Todd, D. anorexia nervosa and bulimia among.300 suburban women shoppers. American journal of psychiatry, vol 14 (2), 1984. P. 283.
[28] Schwabe, A.D. anorexia nervosa. Annals of internal medicine. Vol. 141(2), 1984. P.371.
[29] Hughes, J. Manual de psiquiatría. México, edt limusa, 1984. P.131.

ha encontrado una elevada incidencia entre los miembros de la familia del individuo con anorexia que lo que se ha encontrado en la población general.[31]

La incidencia de la anorexia nerviosa ha ido en aumento y en Colombia han ido apareciendo artículos de divulgación popular en periódicos como el caso de la revista del tiempo, carrusel, de agosto 22 de 1986 en donde se ve la preocupación que existe por este tipo de trastorno. Aunque en nuestro país es un trastorno un poco desconocido, es notable la necesidad que se han visto abocada a ir poco a poco divulgando este trastorno, además, han ido apareciendo libros que no existían en nuestro idioma, lo cual muestra que es necesario prestarle un mayor interés que podría afectar a cualquier adolescente.

Es notable encontrar en la literatura que la incidencia de la anorexia tiene mucho que ver con los aspectos corporales de las niñas adolescentes que la mayoría de estos casos las llevan a una preocupación excesiva por estas condiciones y ha creado el concepto de "morir para ser bellas"[32].

---

[30] Murray, J.Bpsychological aspects of anorexia nervosa. Genetic social, and general psychology monographs. vol. 112, 1986. P.10-11.

[31] Ratz, R.LM; Mazer, C.; Litt, I.F. anorexia nervosa by proxy. Journal of pediatrics. Vol.107 (2), 1985. P.248.

[32] Nusbaum, M Food for thought: the problem of anorexia nervosa and bulimia. Journal of orthomolecular medicine. Vol. 1(4), 1986.P.242.

4.1.7 **Prevalencia.** Se define como el número de casos presentes de una enfermedad en un grupo de población y en un intervalo especifico de tiempo, es decir, el número de casos que existen al principio de un intervalo mas los casos nuevos que se presentan.

4.1.7.1 Prevalencia por edades. El 80 % de los casos se desarrollan en la adolescencia. Las fuerzas que estimulan el crecimiento psicológico y la individualización en los niños normales durante este periodo, se presentan en forma de poderosos conflictos que reprimen emocionalmente al niño preanoréxico. Los cambios endocrinos de la pubertad y el crecimiento súbito, asociados con un aumento de las necesidades alimenticias pueden aumentar los sentimientos de desamparo del niño a controlar su propio cuerpo. La presión social que adopta la conciencia de su imagen corporal y los grupos de amigos fuera de la familia pueden trastornar al niño que a limitado su experiencia social.

En la mayor parte de los estudios sobre anorexia nerviosa se encuentran edades que oscilan entre los 10 y 25 años. No obstante que la prevalencia esta centrada en la preadolescencia y en la adolescencia, ocasionalmente se presente en personas de hasta 40 años.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

4.1.7.2 **Prevalencia por sexos:**

a). Mujeres. La anorexia nerviosa es una _enfermedad que se presenta con mucha mas frecuencia en mujeres que en hombres con una razón de 19.1%.

Debido a que las mujeres adolescentes se ven enfrentadas con una sociedad preocupada por las dietas y un cuerpo esbelto.

b). Hombres. Los estudios con respecto a los hombres son inconsistentes. Este trastorno se da en los hombres del 5 al 15 %. Se ha encontrado que la anorexia nerviosa se da con una menor frecuencia en este sexo.

4.1.8 **Características Físicas De Los Anoréxicos**. Los síntomas de este trastorno alimenticio son los siguientes:

a). Piel fría. Algunas veces con tonalidad azulada. Llamada hipotermia esta afección es en gran parte resultado de la pérdida de tanta grasa corporal, la cual actúa como aislante. La paciente siente frió todo el tiempo incluso durante el verano.

b). Lanugo (vello suave que aparece en la cara, espalda y brazos). Causado por un mecanismo de protección del organismo para ayudar a la persona a mantener la

temperatura del cuerpo durante periodos de inanición (escasa alimentación o ayunos externos) y malnutrición, con el fin de protegerla de los disbalances hormonales resultantes.

c). Dolor al sentarse. La paciente ha perdido tanta grasa que ya no hay almohadilla natural por encima de los huesos.

d). Hipotensión ortostática. Descenso repentino en la presión sanguínea al sentarse o levantarse. Los síntomas incluyen mareos, visión borrosa, desmayo, taquicardia y dolores de cabeza.

e). Hinchazón. En la cara y en las mejillas (por vómitos auto – provocados).

f). Callos o hematomas en los dedos de la mano, por el uso repetido de los dedos para provocarse el vómito.

g). Ruptura del esófago a causa de vómito autoinducidos.

h). Edema: hinchazón de los tejidos blandos como resultado de una excesiva acumulación de agua. Se presenta comúnmente en la zona abdominal de la paciente anoréxica. (como consecuencia del uso de laxantes y diuréticos).

i). Atrofia muscular, desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume así mismo. Alteración del funcionamiento neuromuscular, debido a déficit de vitaminas y minerales (en particular de potasio), y mal nutrición.

j). Piel seca, cabello y uñas quebradizas, caída de cabello, causadas por déficit de vitaminas y minerales, malnutrición y deshidratación.

k). Presión arterial baja hipotensión. A causa de la temperatura corporal disminuida, malnutrición y deshidratación. Puede ocasionar arritmias cardiacas, shock o infarto de miocardio.

l). Déficit de hierro, anemia. Esto ocasiona que las partículas en la sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones y palpitaciones del corazón.

m). Infección y falla renal. Los riñones "limpian" los desechos del cuerpo, regulan la concentración de ácido y mantienen el balance de agua. Déficit de vitaminas, deshidratación, infección y presión arterial baja incrementan los riesgos de infecciones renales ocasionando daño renal permanente y, con más frecuencia, falla renal.

n). Osteoporosis es posible que produzca una disminución de calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas. Los huesos se visualizan como agujereados, se debe a una ingesta de calcio disminuido por la mala alimentación y agravada por la dificultad de fijación del calcio en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos.

ñ). Amenorrea. Pérdida de los ciclos menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a osteoporosis.

o). Problemas dentales, descalcificación de los dientes, erosión del esmalte dental, caries severa, problemas de encías, causados por el ácido gástrico y las enzimas (del vómito), deficiencias de vitaminas D y calcio, y disbalance hormonal. También se debe a la falta de ejercicio que la dentadura obtiene del proceso de comer y masticar ciertos alimentos.

p). Esterilidad. La no posibilidad de tener hijos producida por la pérdida de los ciclos menstrúales, y por disbalance hormonales. La malnutrición y los déficit de vitaminas pueden también imposibilitar que el embarazo llegue a término, e incrementa las probabilidades de que el bebé tenga defectos de nacimiento.

q). Problemas digestivos. Una deficiencia en las enzimas de la digestión puede provocar que no se pueda llevar a cabo la digestión correcta de los alimentos y la absorción de los nutrientes.

r). Debilidad y fatiga. A causa de malos hábitos alimenticios generalizados, deficiencias de vitaminas y minerales, depresión, malnutrición, problemas cardiacos.

s). Convulsiones a causa de la deshidratación.

t). Deshidratación generada por la pérdida de agua y electrolitos a través de los vómitos y como consecuencia del uso de laxantes, diuréticos, solo o combinados, se hace evidente cuando la ingesta de líquidos es reducida.

u). Disfunción sexual.

v). Muerte a causa de algunos de los siguientes factores:

- Ataque o fallo cardiaco.
- Falla renal.
- Ruptura gástrica.
- Depresión y suicidio.

4.1.9. **Características Psicológicas De La Anorexia.** La anorexia nerviosa, junto con las consecuencias físicas de la inanición, tiene inequívocas características psicológicas:

a). Percepción distorsionada de la imagen corporal. Las anoréxicas se ven demasiado gordas, sin hacer caso de lo escuálido que sea su aspecto. De hecho, la preocupación por el aspecto, el tamaño del cuerpo, el sentirse gordas, son rangos distintos de la enfermedad. Estas pacientes se ven de manera correcta pero están convencidas de que su aspecto todavía es inaceptablemente gordo. La diferencia es sutil pero importante ya que las percepciones de las pacientes pueden ser correctas, pero sus sentimientos u opiniones acerca de esas percepciones son inapropiadas.

b). Temor irracional a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal mórbidamente bajo a cualquier precio.

c). Obsesión y preocupación por la comida y la cantidad ingerida, acompañadas de una auto imagen muy pobre y distorsionada de las mismas víctimas sobre si. Piensan cosas como estas: " soy muy gorda, soy fea, mi vida sería mejor si perdiera peso", no creen merecer nada bello ni bueno, ni creen en la posibilidad de merecer ser felices[33].

d). Baja autoestima, sentimientos encontrados e inadecuados. Una precaria auto imagen. Culpa presente en cada momento, sentimientos de no hacer nada bien, miedo de ser juzgados como estúpidos y pensamientos tales como "nada de lo que hago resulta ser suficiente".

e). Las personas anoréxicas tienden a ser perfeccionistas al no alcanzar la perfección desmesurada e irreal a la que aspiran, se culpan arbitrariamente y necesitan auto castigarse, encontrando como medios la restricción, el ayuno o el atracón seguido de la purgación.

f). Culpa . Por no llenar las expectativas de otros, por no alcanzar sus propias metas, por sentirse prevenidos con quienes interactúan.

g).Poder. Necesita tener el control sobre sus circunstancias físicas y emocionales. En este contexto, el desorden alimentario resulta ser un mecanismo negativo para controlar las emociones o mantenerlas en el interior. Resulta más fácil pensar en comida, como evadirla o ingerirla, en ves de afrontar y manejar los sentimientos.

h). Negación a comer aunque tenga hambre.

---

[33] www.sfwed.com/ed-o-s.htm.

i). Depresión. Cambios en el genio, ausencia de motivación y fe, ataques de pánico y ansiedad, claustrofobia en sitios donde están varias personas, aislamiento y soledad... Todo esto puede llevar al suicidio.

j). Prefieren comer a solas, a menudo a horas extrañas y de manera ritual.

k).Hiperactividad. Realizan ejercicios excesivos.

l). Irresponsabilidad.

m). Sienten gran cantidad de estrés.

n). Pensamientos obsesivos (con el ejercicio, la dieta y la comida).

ñ). Conductas compulsivas (rituales ejemplo: pesar cada pedazo de comida).

o). Dificultades en la concentración.

p). Insomnio (problemas para poder dormirse o para seguir durmiendo).

q). Introversión social.

r). Pérdida de interés sexual.

s). Falta de autonomía.

t). Algunas pacientes asumen no ser dignas de disfrutar la vida y se privan de aquellas situaciones que les proveen placer (incluyendo el comer).

4.2. PERSONALIDAD

4.2.1 **Definición**. Desde el punto de vista conductual la personalidad se define como " una colección de patrones de conductas que son producto de experiencias previas, y de la historia genética de la persona. Así, la personalidad solo podría conocerse a través de conclusiones sobre las conductas de las personas, y serían producto del aprendizaje"[34].

La personalidad también se define como determinada, primordialmente por las influencias ambientales. La visión de la personalidad es mecanicista, y además es positiva, en términos de considerar las patologías como aprendidas, y que por lo tanto se pueden desaparecer.

Autores relevantes dentro de este enfoque son:

[34] WWW.PUC/CARRER./escuela de psicología/publicaciones.html

- J.B Watson: Define la personalidad como la " suma de las actividades que pueden ser descubiertas mediante la observación real de la conducta a lo largo de un intervalo temporal lo bastante largo como para ofrecer información fiable. En otras palabras, la personalidad no es sino el producto final de nuestros sistema de hábitos.[35]

- B.F Skinner: Consideraba " el concepto de personalidad es una creación intelectual utilizada para dirigir los actos que deben hacerse en situaciones de incertidumbre. A medida que se conoce más acerca de los antecedentes de los actos que tienen que ser explicados, o a medida que se tiene un mejor control del futuro, el concepto de personalidad es probable que se utilice, con menor frecuencia. Desde aquí, el punto de referencia cambia desde la personalidad hasta las condiciones ambientales "[36]

- A. Bandura: Este autor plantea que muchas respuestas sociales y características de la personalidad se adquieren simplemente observando e imitando la conducta de modelos. Reconoce que no se puede entender la conducta o personalidad.[37]

---

[35] WWW.PUC/CARRER./escuela de psicología/publicaciones.html
[36] WWW.PUC/carrer./escuela de psicología/publicaciones.html
[37] WWW.PUC/carrer./escuela de psicología/publicaciones.html

4.2.2. **Determinantes De La Personalidad**. En la configuración de la personalidad de cada individuo influyen diversos factores y variables, y prácticamente todos los autores están de acuerdo en la dificultad y complejidad que supone la distinción de variables que la afectan y determinan. Existen posiciones que destacan en mayor medida la influencia de los aspectos biológicos y genéticos en la configuración de la personalidad: estas posiciones se denominan biologicistas. Otras en cambio, destacan las influencias ambientales y sociales como las determinantes más importantes en la configuración de la personalidad: son las posiciones ambientalistas.[38]

4.2.2.1 **Determinantes biológicos en el desarrollo de la personalidad.** Dentro de los determinantes biológicos que influyen en la determinación y desarrollo de la personalidad, se pueden incluir los aspectos genéticos, hereditarios y los referentes al "temperamento".

Así por ejemplo, Allport (1966) señala que la constitución física, el temperamento y la inteligencia (entendida como capacidad potencial) constituyen los "materiales" a partir de los cuales se consolida la personalidad del sujeto. Allport habla de estos elementos como materiales "en bruto" porque dependen en gran parte de la herencia del sujeto. Sin embargo, estos elementos también pueden verse influido a

[38] www.PUC/carrer./escuela de psicología/publicaciones.html

lo largo de la vida por otros factores: nutrición, salud / enfermedad, aprendizaje, experiencias de vida, etc.

4.2.2.1.1. **Constitución física y temperamento**. Los antiguos griegos estaban convencidos que la forma del cuerpo de una persona (constitución física) se relacionaba con su tipo de temperamento. De este modo, el establecimiento de los tipos biológicos (biotipologías) incluye ciertas características psicológicas que se supone están asociadas específicamente a aquellos. Esta creencia encuentra su expresión máxima en las tipologías propuestas por Kretschmer (1925) y Sheldon (1942), quienes postulaban una correspondencia entre el tipo corporal de un sujeto y su temperamento.

Kretschmer (1929). Psiquiatra interesado en los trastornos psicológicos, elaboró una clasificación de la gente basada en tres tipos de estructura física: delgada, muscular y obesa. De este modo, establece cuatro tipos somáticos:

a) Tipo leptosómico (estructura física delgada): el rasgo anatómico fundamental es la existencia de un cuerpo estrecho, con formas alargados y predominio de estructuras verticales (delgadez, tórax largo y estrecho, hombros estrechos, etc.).

b) Tipo pícnico (estructura física obesa): el rasgo anatómico principal es la tendencia hacia formas corporales redondeadas y predominio de estructuras horizontales y gruesas (incremento de grasa y cavidades viscerales, cuello corto y grueso, extremidades redondeadas, manos anchas y cortas, etc.)

c) Tipo atlético (estructura física muscular): Algunas de sus características morfológicas son un notable desarrollo de las estructuras musculares, óseas y epidérmicas, extremidades muy desarrolladas (sobre todo manos y pies) y hombros y tórax anchos y fuertes.

d) Tipo displásico: No se trata de un verdadero somatotipo, sino que hace referencia a formas somáticas de los tres tipos antes mencionados y se caracteriza por la asimetría.

Estas categorías fueron consideradas por Kretschmer como dimensiones discretas y no continuas. Sus observaciones concluyeron que cada una de estas estructuras físicas eran susceptibles de patologías diferentes. El obeso (tipo pícnico) tiende al trastorno maníaco-depresivo y el delgado (tipo leptosomático) a la esquizofrenia. La relación entre somatotipo y cierto tipo de psicopatología llevó a Kretschmer a pensar en una hipótesis más amplia, es decir, en una relación entre tipo somático y temperamento.

Para este autor, el temperamento se refiere a la naturaleza afectiva general del sujeto y está determinado por la herencia. Postula la existencia de tipos temperamentales asociados a los somatotipos anteriores:

a) esquizotímico (correspondiente al tipo leptosómico): son individuos predominantemente insociables, reservados, serios, tímidos, nerviosos y sensibles. Tienden a la esquizofrenia como patología.

b) ciclotímico (correspondiente al tipo pícnico): son individuos que tienden a ser sociables, alegres, con alto sentido del humor, amables, calmados y con cierta tendencia a exhibir cambios cíclicos que oscilan entre la hipomanía y la tristeza. Tienden a la patología maníaco-depresiva.

c) viscoso (correspondiente al tipo atlético): Se caracteriza por un predominio del carácter lento, tranquilo, tenaz y serio, con un modo de pensar sencillo y reposado. Tienden a las neurosis.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que la población con la cual trabajó Kretschmer era de tipo psiquiátrica.

Sheldon (1942). A diferencia de Kretschmer, Sheldon considera que las categorías a las cuales se refiere deben considerarse dimensiones de variabilidad y no categorías discontinuas. Por otra parte, este autor trabaja con personas normales y sin patología psiquiátrica.

Considera la existencia de tres tipos corporales (somatotipo), de acuerdo a un esquema de puntuación basado en la medición de diversas longitudes y diámetros.

Los somatotipos a los cuales se refiere son los siguientes:

a) Endomorfo: se caracteriza por su tendencia a la gordura. Los cuerpos endomórficos son suaves y redondos y no son muy adecuados para el esfuerzo físico intenso.

b) Mesomorfo:se caracterizan por su tendencia a la musculatura. Refleja cierta prevalencia de huesos, músculos y tejido conectivo. Son cuerpos duros y rectangulares, fuertes y resistentes, adecuados para el ejercicio físico intenso.

c) Ectomorfo: Se caracteriza por su tendencia a la delgadez. Existe un predominio del sistema nervioso. Estos cuerpos son delicados, frágiles, lineales. En

comparación con su cuerpo, el cerebro es grande. No resultan apropiados para el trabajo físico.

De acuerdo a Sheldon, cada uno de estos somatotipos está asociado a un temperamento básico. Para este autor el temperamento es el nivel de personalidad situado por encima de las funciones fisiológicas y por debajo de las actitudes y creencias adquiridas. De acuerdo al orden anterior, estos temperamentos son:

a)Viscerotónico: prevalecen características de relajación, la tolerancia, la sociabilidad, la calidez, el gusto por la comodidad y la facilidad de trato (buena voluntad).

b) Somatotónico: incluye las características de intrepidez, deseo de aventuras, el riesgo y la actividad física.

c) Cerebrotónico: Comprende una gran intensidad mental, inhibición y evitación de la interacción social, restricción física y emocional. Y tendencia a la privacidad.

Tanto en el caso de los somatotipos como de los temperamentos, la mayoría de la gente presenta cierto grado de cada uno de ellos, siendo raro que una persona sea el paradigma perfecto de una sola categoría.

Los modelos biotipológicos asumen que la conducta humana depende prioritariamente de variables del organismo relativamente estables, mucho más que de las variables situacionales. Sin embargo, esta orientación constitucionalista no excluye la influencia de las variables situacionales o ambientales, ya que los biotipos no son solamente un producto de lo hereditario sino que también se conforman bajo la influencia de los factores congénitos y constitucionales postnatales.

Las ideas de Sheldon recibieron el apoyo de estudios posteriores que emplearon calificaciones de niños pequeños, auto reportes de personalidad y formas más indirectas de evaluación. En general, los estudios presentan evidencias que el tipo corporal se relaciona con diferencias de personalidad. Sin embargo, cabe la interrogante en qué dirección se ejerce la influencia es la personalidad resultado directo de la estructura física o se trata de un proceso más indirecto. Por ejemplo, los somatotipos están asociados con estereotipos que aprendemos conforme crecemos e incluyen expectativas del comportamiento del individuo que puede inducir a comportarse de la manera "esperada" (Gacsaly y Borges, 1979, en Carver y Scheir, 1997). En este sentido, se podría también postular una asociación

entre el somatotipo y la conducta basada más en la presión social que en el tipo corporal *perse*. De este modo, es difícil estar seguro de por qué existen esas asociaciones entre el tipo corporal y la personalidad.

4.2.2.1.2. **Determinación del papel de la herencia en la personalidad.** ¿A cómo se puede decidir si los rasgos son heredados? Los estudios del parecido familiar presentan muchos problemas. El conocimiento de que dos miembros de una familia tienen personalidades similares puede deberse porque al estar siempre cerca han aprendido las mismas conductas o bien puede deberse al efecto de la herencia. Quienes estaban interesados en el influjo de la herencia sobre el comportamiento acudieron a la ciencia de la genética.

4.2.2.1.3 **Genética de la conducta.** La genética de la conducta (mezcla de la psicología y la genética) se refiere al estudio de las influencias genéticas sobre características conductuales como las tendencias de acción abierta, disposiciones de personalidad, las anormalidades psicológicas e incluso los procesos emocionales y cognoscitivos.

La genética conductual suele utilizar el estudio de gemelos, un método de estudio que examina parejas de gemelos idénticos (gemelos monocigóticos) y fraternos (gemelos dicigóticos) del mismo sexo. Los miembros de cada pareja son

comparados sobre la variable de interés, calculando una correlación separada para cada tipo de gemelo. Una de esas correlaciones se resta de la otra. Al multiplicar esta diferencia por dos se obtiene un índice de variabilidad de la característica, una estimación de la varianza que puede ser explicada por la herencia.

También se utiliza el método conocido como estudio de adopción, con el que se analiza el parecido del niño adoptado con los padres biológicos y los adoptivos. Se considera que el parecido con los padres biológicos tiene una base genética, mientras que la semejanza con los adoptivos se atribuye al ambiente.

Los métodos señalados precedentemente han sido empleados durante más de tres décadas para estudiar la influencia de la genética sobre diversas características de la personalidad. Una aproximación al estudio de la herencia de la personalidad se concentra en los temperamentos, término empleado de modo diferente por diversos investigadores.

4.2.2.1.4 **Posiciones actuales sobre el temperamento.** El mejor ejemplo del uso contemporáneo de este término se encuentra en el trabajo de Arnold Buss y Robert Plomin (1984, en Carver y Scheir, 1997), quienes emplean el plural temperamentos para referirse a los "rasgos de personalidad heredados que se encuentran presentes desde la temprana infancia". En su opinión, existen varios

temperamentos y lo que los distingue de los rasgos es el hecho de tener una base genética. Otra idea implícita es que la influencia y el alcance de los temperamentos es mayor que en otros rasgos (Buss, 1995; en Carver y Scheir, 1997). Un aspecto que no forma parte de la definición de Buss y Plomin, pero que ellos consideran importante, es que los temperamentos deberían afectar a la personalidad adulta y no únicamente la de los niños pequeños. Es decir, los temperamentos tendrían que mostrar continuidad a lo largo del ciclo vital. Sin embargo esta continuidad no es perfecta básicamente por dos razones: (1) los genes no operan continuamente, sino que se activan y desactivan durante el desarrollo, lo que puede interrumpir la continuidad, y (2) a pesar de su base genética, los temperamentos pueden ser modificados por la experiencia.

Buss y Plomin (1995) afirman que existen tres disposiciones normales de personalidad que merecen el nombre de temperamentos: el nivel de actividad, la sociabilidad y la emocionalidad. En cada una de estas dimensiones, como en todos los rasgos, es posible encontrar una amplia gama de diferencias individuales.

1) El nivel de actividad es el gasto global de energía o conducta. Considera dos aspectos o facetas: (a) el vigor, la intensidad o amplitud de la conducta. Los actos vigorosos requieren mucha energía, y la gente con mucho vigor suele preferir las actividades intensas, y (b) el ritmo o velocidad de las actividades. La gente cuyo

ritmo es elevado prefiere actividades aceleradas y tiende a terminar con rapidez las cosas que emprende, mientras que las personas cuyo ritmo es más lento se aproximan de manera más pausada a las actividades cotidianas.

2) La sociabilidad es la preferencia por hallarse con otras personas en lugar de estar solo. Consiste en el deseo de compartir actividades y recibir de los demás la atención, responsividad y estimulación que forman parte de la interacción social. De acuerdo a Buss y Plomin esta dimensión supone valorar intrínsecamente el proceso de interactuar con otras personas.

3) La emocionalidad es definida por Buss y Plomin como la tendencia a activarse fisiológicamente, fácil e intensamente, en situaciones perturbadoras. Sostienen que este temperamento se refiere a tres emociones: la aflicción, la ira y el temor.

El temperamento en la actualidad se refiere a características psicológicas derivadas de los procesos fisiológicos heredados. El temperamento representa la excitabilidad habitual del cerebro y del sistema nervioso autonómico y endocrino de una persona. Estas diferencias entre individuos se deben a las diferencias genéticas entre ellos por lo que son diferencias de naturaleza principalmente biológica (Reeve, 1995).

Una de las características de personalidad que se ha postulado sea de naturaleza temperamental es la dimensión de introversión-extraversión. De este modo, la posición sostenida por Eysenck se refiere a una base neurofisiológica para explicar las diferencias en esta dimensión entre diferentes personas. Eysenck relaciona el temperamento con la introversión-extraversión mediante el concepto de "nivel óptimo de arousal" (Reeve, 1995). De este modo, los introvertidos alcanzan un nivel óptimo de arousal a niveles de estimulación relativamente bajos y evitan la estimulación fuerte. Los ambivertidos (las personas que participan tanto de la introversión como de la extraversión) alcanzan niveles óptimos de arousal a niveles moderados de estimulación. Por último, los extravertidos alcanzan niveles óptimos de estimulación a niveles altos de estimulación externa. Varios estudios psicofisiológicos y farmacológicos confirman la idea básica de la teoría de extraversión de Eysenck, mostrando que los introvertidos muestran mayor reactividad cortical y electrodérmica que los extravertidos (Reeve, 1995).

4.2.2.2 **Determinantes sociales en el desarrollo de la personalidad.**

Una serie de estudios e investigaciones han demostrado el papel fundamental que tiene el medio ambiente físico y cultural en la determinación de la personalidad de un individuo. Estos elementos se encuentran presentes durante todo el transcurso de su vida en distintos ámbitos, le van configurando su personalidad, y van generando puntos en común con otras personas con quienes comparten su ambiente, a la vez que se van diferenciando de personas que habitan ambientes

distintos. El objetivo de este punto es revisar los distintos ambientes en los cuales se desenvuelve la persona, y su influencia en la determinación de la personalidad.

4.2.2.2.1 **Ambiente Físico.** El ambiente físico en el cual se desenvuelve una persona considera los siguientes aspectos:

- Condiciones geográficas del lugar: Altura, planicie, tipo de vegetación, cercanía al agua, etc.

- Condiciones climáticas : clima, temperatura, humedad.

- Condiciones del -espacio físico en el que se habita: ciudad versus campo, condiciones de hacinamiento, diseño arquitectónico, uso del color, etc.

Una serie de estudios han relacionado las condiciones de hacinamiento con aumento en la agresividad, y aumento de sentimientos negativos como ansiedad, desesperanza, y desmotivación. Las personas que viven en climas cálidos se caracterizan por ser extrovertidos, alegres, expresivos en sus afectos y más relajados, mientras que aquellos que habitan en lugares fríos se caracterizan por ser introvertidos, poco expresivos de sus afectos, fríos en el trato, de un estilo más racional, y con mayores niveles de trabajo y estrés.

4.2.2.2.2 **Ambiente social.** Todos los autores concuerdan en afirmar la enorme importancia que tiene la cultura como determinante de la personalidad de un individuo. Toda persona se encuentra imbuida desde su nacimiento, en una cultura, la cual le impone demandas, normas, valores, presiones, etc.

Linton (1994), propone que es esencial diferenciar entre la cultura real y la construcción cultural. La cultura real es flexible, y aunque establece límites para el desarrollo de la personalidad, deja espacio para un amplio margen de libertad, de lo que se considera culturalmente como una conducta aceptable. Por ejemplo, en nuestra cultura, hombres y mujeres deben ir vestidos, pero el margen permitido para el tipo de vestimenta es bastante amplio. La cultura real por tanto genera solamente algunas semejanzas entre los diferentes miembros de una misma cultura. Es importante considerar que el margen permitido varía de cultura en cultura. Por ejemplo la cultura japonesa valora la uniformidad, al grupo por sobre el individuo, lo cual acorta el margen, mientras que la cultura occidental y su valoración del individualismo, lo amplían.

La construcción cultural en cambio no toma en cuenta el margen de conducta aceptable. Sólo nos informa de lo que es usual y corriente. Por ejemplo, decir que todos argentinos son demasiado extrovertidos, cuando también existe en ese país gente introvertida. La construcción cultural es una simplificación excesiva, que nos

presenta lo esencial de un patrón, pero no todas las personalidades de un grupo se amoldan a ese patrón.

Para la Psicología, a diferencia de otras ciencias como la Antropología o la Sociología, lo importante es el individuo y no la cultura. Ningún individuo reproduce exactamente la construcción cultural, o el tipo promedio de la cultura a la cual pertenece. Aplicar directamente esta construcción a las personas es un falseamiento de la situación real, y no reconoce la diversidad de personalidades que se dan en una cultura. Por tanto, es la cultura real la que nos moldea y determina.

4.2.2.2.3 **Rol de la cultura.** La cultura moldea la personalidad principalmente porque proporciona soluciones, ya preparadas y ensayadas, para muchos de los problemas de la vida. Le ofrece soluciones quizá no siempre precisas, pero sí disponibles en cualquier momento. Es un esquema de vida preestablecido.

El rol de la cultura consiste en socializar a sus miembros, enseñarles cómo comportarse, cómo pensar, cómo expresar sus sentimientos, qué actitudes y valores tener hacia la vida, etc. Todo ello con el objetivo de perpetuarse en el tiempo. La cultura se encarga de prescribir la conducta normada, es decir,

determinar como debe y no debe comportarse la persona. Además prescribe el desempeño de roles, genera la concepción del sí mismo a través de la interacción social, y regula la permisividad cultural que permitirá la manifestación de las predisposiciones biológicas y psicológicas.

4.2.2.2.4 **Proceso de socialización.** Aunque la influencia cultural se da durante toda la vida de la persona, su mayor influencia ocurre durante la infancia. Existen dos mecanismos a través de los cuales se produce el intercambio entre la persona y su cultura:

La socialización es el proceso a través del cual una cultura influye en sus miembros, entregándole todos los aprendizajes e influencias. En este proceso la dirección es desde la cultura hacia el individuo, y está a cargo de los agentes socializadores entre los que se cuentan la familia, colegio, grupo de pares, medios de comunicación.

La endoculturación es el proceso a través del cual la persona interioriza los aspectos de la cultura. Este es un proceso dinámico, selectivo, y la dirección es desde el individuo hacia la cultura.

La alta influencia que tiene la cultura como determinante de la personalidad se debe a que en los primeros años, el niño es un ser indefenso, que depende de otros para sobrevivir y desarrollarse, lo cual lo hace permeable a las influencias del entorno. Otro elemento que aumenta esta permeabilidad, es la gran capacidad del ser humano de adaptarse a distintos tipos de entornos y climas; de hecho, la especie humana es la que vive en la mayor diversidad de ambientes existentes.

4.2.2.2.5 **Controversia cultura/persona.** En las distintas ciencias sociales ha existido una controversia sobre si la cultura moldea a la persona, o si la persona es la que crea la cultura. Sobre este dilema existen las siguientes posturas:

1. Nominalismo o Psicologicismo: plantea el predominio y prioridad lógica y psicológica del individuo sobre el grupo.

2. Sociologismo o Realismo : considera la realidad substancial de la sociedad con respecto a sus miembros. Prima el grupo por sobre el individuo, los individuos cambian o desaparecen, pero la cultura permanece en el tiempo.

3. Universalismo : Posición intermedia, que plantea una coincidencia total entre la sociedad y el individuo. La sociedad está internalizada en la conciencia del

individuo, existiendo por tanto una conciencia "individual" que está centrada en el yo, y una conciencia "colectiva", centrada en el nosotros. Ambas conciencias se relacionan recíprocamente.

Esta postura plantea además distintos niveles en la persona; los más superficiales estarían más influidos por lo social, mientras que aquellos más profundos se verían afectados por variables individuales.

Gordon Allport pertenecería por ejemplo a esta postura. El describe la personalidad como "un sistema contenido en una matriz de sistemas socioculturales. Es una Estructura interior encajada en Estructuras exterior y en interacción con ellas. Las estructuras exteriores (colectivas) no podrían existir si se destruyesen los sistemas de la personalidad constituyentes. Pero tampoco el sistema de la personalidad en un individuo cualquiera podría ser lo que es, ni persistir mucho tiempo, sin los sistemas colectivos entre los que se encuentra (Allport, 1966, pp.236-237).

4.2.2.2.6 **Cultura y personalidad.** Existen dos tradiciones que se han preocupado de estudiar la relación ente personalidad y cultura : la primera es la aproximación clásica perteneciente a la antropología psicológica, y la segunda es

una aproximación más reciente (década del 60) y pertenece a la psicología transcultural.

La aproximación clásica se caracteriza por haber sido desarrollada principalmente por antropólogos, y por considerar a la personalidad desde una aproximación no científica en Psicología al estudio de esta disciplina.

De acuerdo a Báguena (1996) existirían cuatro acercamientos al dilema sobre la relación cultura-personalidad, en esta primera aproximación. Los tres primeros se centran en el análisis de una única cultura, centrando su interés en el papel de los procesos de socialización y los factores de personalidad dentro de un grupo cultural. El último aborda comparaciones entre culturas distintas, concentrándose en el intento por identificar los procesos generales a través de los cuales la cultura moldea y es moldeada por los factores de personalidad en las distintas culturas.

Estos cuatro acercamientos son los siguientes:

1. Acercamiento configuracional : (1920 -1940) (Benedict, Mead, Sapir). La personalidad es vista como una configuración distintiva de experiencia que tiende a

formar una unidad psicológicamente significativa, de lo cual la cultura sería una copia. En otras palabras, la cultura sería la personalidad de una sociedad.

Una autora destacada dentro de esta línea es Ruth Benedict, quien desarrolla la teoría configuracionista de la personalidad. Propone que las culturas son pautas más o menos integradas en la persona, y que se estructuran alrededor de una configuración central, por ejemplo, la valoración de la existencia. En cada cultura se destacan ciertos elementos por sobre otros, los cuales marcan la personalidad de sus miembros.

Benedict utilizó tipos psicológicos individuales para caracterizar las culturas y analizar sus diferencias. Incorporó primero los tipos nietzscheanos basados en la valoración de la existencia. Estos tipos son el Apolíneo, en el cual prima la moderación, y el Dionisiaco, en el que predomina el desenfreno y luego los tipos psiquiátricos.

Otros aportes importantes lo constituyen los estudios de Margaret Mead en Samoa. Ella estudió la fuerza del condicionamiento cultural en la ocurrencia, forma y manifestación de la "adolescencia tormentosa" como se la denominaba en aquella época, y estableció diferencias con la cultura occidental, atribuyendo por

tanto ciertas características no a variables evolutivas propias de la especie humana, sino que a variables culturales.

2 - Acercamiento a la personalidad básica y modal (1935-1955) (Kardiner, Linton y DuBois). Este acercamiento supone una cadena causal entre cultura y personalidad, no una semejanza o identidad, como lo proponía el enfoque anterior.

Abraham Kardiner describe la "personalidad básica", la cual incluye los rasgos compartidos por los miembros de una misma cultura, por el hecho de haber compartido experiencias tempranas similares. Describe la existencia de instituciones primarias de la cultura (marco socioeconómico, organización familiar, o prácticas de crianza) que influyen en la personalidad básica, y ésta en las instituciones secundarias de la cultura (religión, mitos, folklore). Las instituciones secundarias son producto de las primarias, y la personalidad básica media entre estas dos instituciones.

Ralph Linton (1994) desarrolla un concepto de "personalidad de status" el cual alude a que las sociedades están estratificadas, y a cada estrato le corresponden características específicas, que constituyen tipos de personalidad característicos a cada grupo.

DuBois (1995), en un intento de validar el concepto de Kardiner y Linton, habla de personalidad modal en vez de básica (noción estadística), la cual expresaría la mayor frecuencia de una cultura, más que la idea de una personalidad fundamental o uniformidad básica. En la cultura existirían además personalidades multimodales, más que una personalidad unimodal.

3 - Acercamiento del carácter nacional : (a partir de 1940) Se basa en estudios sobre Estados-naciones contemporáneos y culturas industrializadas, lo cual fue propiciado por el conflicto bélico de la 2da. Guerra Mundial. En esta línea se desarrollaron una serie de estudios sobre el carácter japonés, alemán, americano, ruso o inglés (Benedict, Mead, Kluckhohn, Gorer, Leighton o Bateson).

Mead aborda este carácter nacional como carácter cultural, mientras que Fromm lo conceptualiza como carácter social, e Inkeles y Levinson como personalidad modal.

4.- Acercamiento transcultural : (a partir de 1950) (Whiting y Child, y Le Vine). Los estudios se centran en culturas tradicionales a pequeña escala y generalmente no industrializadas. Este acercamiento surge del desplazamiento de la atención desde el examen intensivo de culturas simples y la personalidad colectiva de sus

miembros, al examen extensivo de las relaciones entre variables culturales y personalidad.

La aproximación más reciente, perteneciente por la psicología transcultural, se inicia en la década del 60. En ella predomina el interés por el nivel individual, a diferencia de la anterior donde interés está puesto en el nivel poblacional. Además en esta aproximación, y a diferencia de la anterior, en los estudios se ignoran o minimizan las diferencias entre grupos, mientras que se acentúa o maximiza las diferencias intragrupo.

Esta aproximación se caracteriza por :

- Ser un trabajo realizado principalmente por psicólogos.

- Defender una concepción científica de la personalidad.

- Destacar la perspectiva de una aproximación social al estudio de la personalidad asentada en una defensa del paradigma de las diferencias individuales.

Existen una serie de estudios en esta línea, siendo los modelos más importantes y representativos los de Triandis y Berry .

La gran gama de estudios realizados en este tema pueden resumirse en :

- Aquellos en que la idea central es la de identificar las relaciones causa-efecto entre cultura y conducta.

- Otros que se interesan por la generabilidad del conocimiento psicológico actual.

- Otros que insisten en identificar las clases de experiencias culturales que pueden representar los factores que promueven la diversidad conductual humana.

- En otros, la preocupación se encuentra en el cambio cultural y su relación con la conducta individual.

- En otros se destacan dos aspectos cruciales : la diversidad de la cultura humana en el mundo, y la conexión entre la conducta individual y el contexto cultural en el que ocurre.

Finalmente están aquellos que abordan el estudio de las semejanzas y diferencias en el funcionamiento psicológico individual en varios grupos étnicos y culturales; de las relaciones entre variables psicológicas y variables biológicas, ecológicas y socioculturales; y de los cambios normales en estas variables.

4.2.2.2.7 **Trastornos De La Personalidad asociados A La Anorexia Nerviosa.** Vinculados a este trastorno alimentario se encuentran los siguientes trastornos de la personalidad evasiva y la narcisista.

4.2.2.2.7.1 **Trastorno De Personalidad Evitativa.** Se caracteriza por baja autoestima, temor a la evaluación negativa y una abstinencia conductual, emocional y cognoscitiva de la interacción social.[39] Las personalidades evitativas expresan un deseo de afecto, aceptación y amistad; sin embargo, poseen pocos amigos e intima pocos con otras personas. El temor al rechazo desempeña un papel clave para que estas personas se alejan de las relaciones personales. No establecen una relación a menos de que la otra persona les ofrezca una garantía poco común de aceptación sin crítica.

Los individuos con este trastorno de la personalidad evitativa parecen tímidas y aislados, y quizá también fríos y extraños, para aquellas personas que tienen un contacto superficiales con ellas. Sin embargo, para aquellas que los conocen bien, parecen ansiosos y en extremo sensibles.

Un mecanismo de control que los individuos con este trastorno utilizan es la hipervigilancia. Evalúan en forma continua todos sus contactos con los seres

[39] SARSASON.Irwin. PSICOLOGÍA ANORMAL,edt Prentice may, pag 274

humanos para encontrar señales de humillación, decepción o reacciones negativas.

Estas personas reducen la cantidad de actividades que emprenden con el objeto de evitar estímulos molestos; exageran los peligros potenciales de ciertas situaciones; sus vidas están controladas por el temor a parecer absurdas o sentirse avergonzadas. Una consecuencia de este retraimiento para el contacto con los demás y las experiencias nuevas, es que les queda más tiempo para preocupares por sus propios pensamientos y para recordar experiencias dolorosas anteriores.

Algunos estudios indican que un tercio de las anoréxicas restrictivas son de personalidad evasiva; es decir, tienden a ser perfeccionistas y están emocional y sexualmente inhibidos.[40]

Tienen una vida de fantasía, rara vez se rebelan y se les percibe por lo general como personas que siempre son buenas. El logro de la perfección es la única manera de lograr amor; esto significa el convertirse en una persona libre de dificultades y el no exigir nada (incluyendo comida). Como parte de este paquete de perfección está una imagen de delgadez que nunca puede lograrse.

[40] http:www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html

Cuando el fracaso inevitable ocurre, el proceso de no comer se convierte en un acto de venganza pasiva contra aquellos cuyo amor está siempre fuera del alcance: "¿ves? estoy desapareciendo lentamente, y vas a estar muy triste cuando ya no esté."

Personas anoréxicas tienen una autoestima baja, son sumamente sensibles al fracaso, y cualquier crítica, no importa cuan leve, refuerza su propia creencia de que " no son buenas".

4.2.2.2.7.2 **Trastornos De La Personalidad Narcisista.** La persona tiene una sensación extrema de importancia de sí mismo y la expectativa de favores especiales, una necesidad de atención constante, autoestima frágil y carencia de simpatía o atención hacia los demás.[41]

También se preocupan por fantasías de éxito ilimitado, inteligencia, poder, belleza y relaciones amorosas ideales; presentan un comportamiento o actitudes arrogantes y altaneros. Además presentan una hipersensibilidad a la crítica o a la derrota.

4.2.2.2.8 **Instrumento Para Medir La Personalidad.**

[41] SARASON. Irwin .Psicología Anormal .Edt.Prentice. P. 262

4.2.2.2.8.1 **Cuestionario de los 16 factores de la personalidad "16 PF".** El cuestionario de 16 factores de la personalidad (16PF) es un instrumento diseñado para la investigación básica en Psicología y para cubrir lo más ampliamente posible el campo de la personalidad en un corto tiempo. El cuestionario 16 PF fue diseñado para usarse con individuos mayores de 16 años y [42] las formas que se presentan aquí son más apropiadas para personas que saben leer y escribir, cuyo nivel educativo es aproximadamente equivalente a aquél de los estudiantes de secundaria. La comprensión de la personalidad en su amplitud total, de una manera analizable, se basa en la medición de 16 dimensiones funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, aislados y estudiadas durante más de 20 años de investigación de análisis factorial sobre grupos normales y clínicos. El 16 PF constituye la forma más rápida de medir los factores primarios de la personalidad y ha demostrado comprensibilidad y buena capacidad predictiva en relación con el criterio de la vida diaria en psicología aplicada. Sin embargo, como todos los cuestionarios, en situaciones poco comunes debe usarse con mucho cuidado para evitar la distorsión de los resultados.

El 16 PF mide la validez y universalidad de sus fuentes de rasgos de la personalidad.

---

[42] CATTELL,R.B, EBER,H.W Cuestionario De 16 Factores De La Personalidad,Edt El Manual Moderno,S.A De C.V.México 1980.

Su publicación se realizó para cubrir las demandas de los psicólogos de un instrumento para medir la personalidad debidamente, validando con respecto a los factores primarios de la personalidad, y originados en psicología general.

Cuadro De Los Factores Primarios Usados En El 16 Pf1

FACTOR – DENOMINACION	PUNTUACIÓN BAJA: 1 a 3 estenes (-)	PUNTUACIÓN ALTA: 8 a 10 estenes (+)
A EXPRESIVIDAD EMOCIONAL. Punt.máx.*64	SOLILOQUIA (Sizothymia)Discreto, desprendido, inflexible.	SOCIABILIDAD (Affectothymia) Afectuoso, complaciente, participante.
B INTELIGENCIA. Punt.máx.42	INTELIGENCIA BAJA (Low Intelligence) Torpe, lerdo.	INTELIGENCIA ALTA (High Intelligence) Brillante, vivo, rápido.
C FUERZA DEL YO Punt.máx.76	DEBILIDAD DEL YO O INESTABILIDAD EMOCIONAL. (Emotional instability or Ego weakness) Alterable, voluble, sentimental.	FUERZA SUPERIOR DEL YO (Higher Ego strenght) Maduro, calmado, realístico.
E DOMINANCIA. Punt.máx.76	SUMISIÓN (Submissiveness) Servil, dócil, moldeable.	ASCENDENCIA (Dominance or Ascendence) Agresivo, competitivo, terco.
F IMPULSIVIDAD Punt.máx.76	RETRAIMIENTO (Desurgency) Sobrio, taciturno, serio.	IMPETUOSIDAD (Surgency) Entusiasta, atolondrado, despreocupado.
G LEALTAD GRUPAL Punt.máx.64	SUPEREGO DEBIL (Low superego strengrh, lack of acceptance of group moral	SUPEREGO FUERTE (Superego strength or character) Conciente,

	standards) Oportunista, omite reglas.	perseverante.
H APTITUD SITUACIONAL Punt.máx.76	TIMIDEZ (Threctia) Vergonzoso, reprimido, aprensivo.	AUDACIA (Parmia) Aventurero, socialmente peculiar.
I EMOTIVIDAD Punt.máx.64	SEVERIDAD (Harria) Determinado, rechaza ilusiones, realista.	SENSIBILIDAD EMOCIONAL (Premsia) Afectuoso, sobreprotegido, sensitivo.
L CREDIBILIDAD Punt.máx.64	CONFIANZA (Alaxia) Confiado, acepta condiciones, plegable.	DESCONFIANZA (Protension) Celoso, desconfiado, tiránico.
M ACTITUD COGNITIVA Punt.máx.76	OBJETIVIDAD (Praxernia) Práctico, preocupaciones reales, prosaico.	SUBJETIVIDAD (Autia) Imaginativo, bohemio, distraído, caprichoso.
N SUTILEZA Punt.máx.64	INGENUIDAD (Naiveté) Ingenuo, modesto, sincero, sin pretensiones.	ASTUCIA (Shrewdness) Culto, socialmente alerta, mundano.
O CONCIENCIA Puntmáx. 76	ADECUACION SERENA (Untroubled adequacy) Apacible, complaciente, auto confiado, obstinado.	PROPENSIÓN A LA CULPABILIDAD (Guilt proneness) Atormentado autorecriminante, problemático, escrupuloso.
Q1 POSICION SOCIAL Punt.máx.76	CONSERVADURISMO (Conservatism of temperament)Conservador, respeta ideas establecidas, tolerantes ante dificultades tradicionales.	RADICALISMO (Radicalism) Liberal, experimentador analítico, pensamientos liberales.
Q2 CERTEZA INDIVIDUAL Punt.máx.64	DEPENDENCIA GRUPAL (Group dependency) Depende socialmente del grupo, sigue fiel.	AUTOSUFICIENCIA (Self – sufficiency) Autodecisivo, lleno de recursos, brioso.
Q3 AUTOESTIMA	INDIFERENCIA (Low self –	CONTROL (High

Punt.máx64	sentiment:integration) Flojo, indisciplinado, sigue sus impulsos.	strength of self – sentiment) Fuerte voluntad, controlado socialmente preciso.
Q4 ESTADO DE ANSIEDAD Punt.máx.76	TRANQUILIDAD (Low ergic tensión) Relajado, apático, sereno, no frustrado.	TENSIÓN (High ergic tensión) Tenso, impulsivo sobreexcitado, malhumorado.

Cuadro Descripción De Los Factores De Segundo Orden Del Cuestionario 16 Pf

FACTOR	PUNTUACIÓN BAJA	PUNTUACIÓN ALTA	FACTORES PRIMARIOS SIGNIFICATIVAMENTE RELACIONADOS.
QS1	INTROVERSIÓN (Invia)	EXTROVERSION (Exvia)	(A+),(E+),(H+),(Q2-)
QS2	POCA ANSIEDAD (Adjustment)	MUCHA ANSIEDAD (Ansiety)	(C-),(H),(L+),(O+), (Q3-),(Q4+)
QS3	SUSCEPTIBILIDAD (Pathemia)	TENACIDAD (Cortertia)	(A-),(I-),(M-),(E+),(I+)
QS4	DEPENDENCIA (Subduedness)	INDEPENDENCIA (Independendece)	(E+),(L+),(M+),(Q1+), (Q2+)

4.3 IDEAS IRRACIONALES

Las creencias irracionales, son aquellas que debido a su irracionalidad nos impiden un análisis objetivo generando consecuencias contraproducentes y autodestructivas. Ellis pone de manifiesto que la forma de pensar, de emocionarnos o de comportarnos irracionalmente tiene una base de características biológicas. Por fundamento biológico, este autor entiende que "una característica o rasgo tiene unos orígenes marcadamente innatos (así como también adquiridos) y que en parte brotan de la fácil y natural predisposición del organismo a comportarse en una forma típica". Esto no implica una base puramente instintiva, sino que como aclara Ellis se refiere a que, "a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla fácilmente su rasgo y encuentra dificultad modificarlo o eliminarlo".[43]

La mayor parte de estas creencias irracionales surgen y perpetúan un tipo particular de ansiedad al que denominamos "necesidad perturbadora". A esta "necesidad-perturbadora" podemos describirla como un programa escondido en nuestro cerebro que posee tres conceptos básicos:

- Tengo que actuar bien para ganar la aprobación de los demás;

- Los demás deben actuar correctamente hacia mí;

- Las condiciones de mi vida deben ser fáciles para conseguir lo que quiera sin mucho esfuerzo.

También detectamos creencias irracionales en:

- Ideas de catastrofismo, toda situación puede ser aun peor;

- Generalizaciones, lo que me sale mal me va a salir mal siempre;

- Incapacidad para tolerar determinadas situaciones;

- Auto evaluación surgida de una escala de valores equivocada o ajena;

- Ideas de merecimiento y condena;

---

[43] WWW.COP.ES/DELEGACI/Art baleares/trabajo2/terapiacc.htm.

- Mandatos como "tengo que...", "debería..."

Analizando lo anteriormente citado se puede observar la cantidad de ideas irracionales que todos poseemos, y si bien la mayor parte de estas creencias se producen tempranamente y su presencia es constante en la génesis de las patologías, para la RET no es fundamental cuándo ni cómo se originaron. Lo importante resulta su presencia y sobre todo, el reforzamiento constante que hacemos de las mismas en el transcurso de la vida.

Con estos mecanismos de creencias irracionales: generalización, sobregeneralización, certeza absoluta, merecimiento y condena, condena extrema, permanentemente generamos problemas sobre problemas, es decir, ansiedad sobre ansiedad, angustia sobre angustia, depresión sobre la depresión inicial. Utilizando nuestras creencias racionales en cambio, podríamos cumplir con una vieja plegaria que postula tener la serenidad para cambiar las cosas modificables, coraje para aceptar las que no y sabiduría para reconocer la diferencia.

Según la TRE (terapia racional emotiva) la autoestima es una creencia irracional más y poco tiene que ver con el eje central de un individuo y su personalidad.

La autoestima surgiría de una combinación de los siguientes factores o ideas irracionales:

- Su historia de éxitos y fracasos;

- Las valoraciones y aspiraciones personales;

- El tratamiento o reconocimiento obtenido de los demás;

- La forma de mantener la autoestima lograda.

Estas ideas irracionales se fundamentan a su vez en otras creencias irracionales básicas y a través de distintos mecanismos de generalización se concluye que:

1. La gente es igual a sus rasgos: Encontramos en esta creencia un ejemplo más de sobregeneralización por la cual una parte es igual al todo. Tener un rasgo negativo o alguna conducta inadecuada me convierte en una mala persona y disminuye mi autoestima, el tener un rasgo positivo o una conducta apropiada me convierte en una buena persona y mi autoestima aumenta. El error al efectuar esta categorización parte de no considerar la multiplicidad de rasgos y conductas que

tiene una persona, y aferrarse sólo a alguna de ellas para describir o caracterizar a un individuo y por lo tanto condicionar su autoestima. Como dice Ellis: "Una manzana podrida en un cajón no implica que todo el cajón lo esté".

2. La gente debe triunfar en la vida, lo que le posibilita no sólo ganar el amor de los demás y ser feliz, sino también elevar la autoestima.

En esta creencia encontramos una conclusión irracional a través de mecanismos del "debería" y de inferencia arbitraria. Si falla alguno de estos preceptos, la autoestima inmediatamente cae. Este concepto es evidentemente demasiado absolutista. El concepto de triunfo y fracaso es totalmente relativo y de ningún modo universal. Nadie es tan infalible como para tener éxito siempre. Generalmente utilizamos nuestras metas alcanzadas, fracasos y muchas de nuestras creencias irracionales como vara de medición para el resto, actitud de por sí poco objetiva para efectuar una evaluación. Relacionar además estas dos situaciones con la cantidad o calidad de sentimientos que podemos despertar en nosotros mismos o en los demás, carece de toda base científica.

3. La gente debe tener una alta autoestima para poder valorarse, respetarse y aceptarse como medio, además para poder ser valorado, respetado y aceptado por los demás.

Una vez más las sobregeneralizaciones y las inferencias arbitrarias generan una creencia que carece de toda base objetiva. La comprobación de esta sentencia es prácticamente imposible como para respetarla a ciegas. El incluir como concepto de felicidad la autoestima es descaradamente tautológico.

Salta a la vista como carácter común de estas creencias la relatividad absoluta de las mismas. Cualquiera de ellas pueden variar según el momento vital de un individuo, según su nivel intelectual, según las características del medio socio-económico-cultural donde se mueve, etcétera. Aun suponiendo que alcanzar una autoestima respetable pueda ayudar a obtener una mejor calidad de vida, mantenerla en el nivel deseado o intentar aumentarla genera una ansiedad latente casi permanente que interfiere con nuestra capacidad de dedicarnos a lograr metas más importantes.

Cierto es que una baja autoestima es un riesgo psicológico, pero no transforma una personalidad en inadecuada. Como contrapartida, no podría considerarse una alta autoestima como un riesgo psicológico, pero sí lo es tratar de mantenerla a ultranza o vivir la pérdida de la misma como un fracaso vital.

Resumiendo, se podría concluir, junto con Branden, Rand y otros, que la autoestima significa que un individuo se valora a sí mismo cuando ha actuado inteligente, correcta y competentemente. Al no existir reglas fijas o universales sobre qué es actuar inteligente, correcta y competentemente, y sobre quién sería el juez de estas conductas, nos enfrentamos con el dilema de no saber si lo estamos haciendo bien o no. Además corremos el riesgo de permanecer en esta evaluación indefinidamente sin poder nunca alcanzar nuestra anhelada autoestima, perdiendo el tiempo y el esfuerzo necesarios para entablar búsquedas no sólo más entretenidas, sino definitivamente más beneficiosas.

El concepto de autovaloración es para la TRE una de sus concepciones básicas. En abierta contraposición con el concepto de autoestima, Ellis propone el de "autoaceptación y autovaloración". Expresándolo más concretamente con sus palabras, Ellis propone que "el hombre vale porque decide permanecer vivo y valorar su existencia".

La autoaceptación, en cambio, significa que el individuo se acepta total e incondicionalmente. Esta aceptación no depende de si se comporta o no inteligente, correcta o competentemente ni de que los demás lo acepten, respeten o amen (Ellis, 1962). Obviamente, entonces, todos somos capaces de sentir autoaceptación y no necesitamos demasiado esfuerzo o energía para conseguirla o conservarla. Como individuos somos demasiado complejos para ser valorados o

clasificados sólo por algunos de nuestros rasgos o conductas. Legítimamente sólo podemos ser "valorados" por nosotros mismos basándonos en hechos empíricos, como ser:

- Existir;
- Tener la capacidad de seguir existiendo tratando de experimentar más satisfacción que dolor;
- Poder soportar tanto el dolor como la felicidad;
- Seguir "mereciendo existir y disfrutar".

Considerada de esta manera, la autoaceptación se convierte en un concepto fundamental de la RET y en una de sus metas terapéuticas. A partir de esta autoaceptación y autovaloración se renuncia al difícil e inútil juego de clasificarnos a nosotros mismos o al resto de las personas. Gracias a esto, podemos actuar, sentir y pensar con mucha mayor libertad. Gracias a esta mayor libertad, podremos tener éxitos y fracasos, equivocarnos y rectificarnos e inclusive volver a

equivocamos sin poner en juego nuestros sentimientos o ninguna parte vital de nuestra personalidad y consecuentemente daremos la misma posibilidad a los demás.

Debemos incluir en esta meta terapéutica lograr que nuestros pacientes no caigan nuevamente en una clasificación y redimensión de su autoestima a partir de su autoaceptación y de sus valoraciones personales. Recordemos siempre que la autoaceptación incluye hechos científicamente comprobables y no impide a la gente lograr sus metas básicas, sino que al contrario les facilita el camino.

Otro punto a resaltar es que no origina los problemas emocionales que surgen al mantener, aumentar o impedir que decaiga la tan mentada autoestima. Obviamente, a partir de una autoevalución descubriremos nuestros rasgos positivos y negativos, los cuales en su conjunto nos permitirán o no alcanzar una meta determinada. Pero éste es el punto final de la autoevaluación. Caer nuevamente en un proceso de clasificación según los rasgos útiles o perjudiciales que encontremos nos lleva de vuelta a la lucha estéril por la autoestima alejándonos años luz de nuestras metas.

La TRE mantiene que casi siempre las distorsiones provienen de los "debo de". Algunas de las más frecuentes son las siguientes (Ellis y Dryden, 1987):[44]

- Pensamiento de "todo o nada". "Si fracaso en un hecho importante, como no debo, ¡soy un fracaso total! y completamente indeseable".

- Saltando a las conclusiones y nos sequiturs negativos. "Puesto que me han visto fallar estrepitosamente, como no debería haberlo hecho, me verán como un idiota incompetente".

- Adivinar el futuro. " Como se están riendo de mí por fallar, saben que debería haber tenido éxito, y en consecuencia me despreciarán para siempre ".

- Centrándose en lo negativo. " Como no puedo soportar que las cosas vayan mal, y no deben ir mal, no veo que esté sucediendo nada bueno en mi vida".

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

[44] CABALLO, Vicente .Manual De Técnicas De Terapia Y Modificación De Conducta. SigloXXI ,España 1993,P. 479-480.

- Descalificando lo positivo. " Cuando me hacen un cumplido sobre las cosas buenas que he hecho, sólo están siendo amables y olvidándose de las estupideces que no deberían haber cometido ".

- Siempre y nunca. " Como las condiciones de la vida deberían ser buenas y en realidad son malas e intolerables, siempre serán de esta manera y nunca seré feliz ".

- Minimización. " Mis logros son el resultado de la suerte y no son importantes. Pero mis errores, que no debería haber cometido, son tremendamente malos y totalmente imperdonables ".

- Razonamiento emocional. "Como he actuado de forma tan incompetente, y no debería haberlo hecho, ¡me siento como un estúpido total y mis fuertes sentimientos demuestran que no soy bueno!".

- Etiquetado y sobregeneralización. " Como no debo de fallar en un trabajo importante y lo he hecho, ¡ soy un perdedor y un fracaso completo!".

- Personalización. " Puesto que estoy actuando mucho peor de cómo lo debería hacer y como ellos se están riendo, estoy seguro de que sólo se están riendo de mí, y eso es terrible ".

- Falseamiento. " Cuando no o hago tan bien como lo debería hacer y me siguen aceptando y alabando, ¡ soy un verdadero farsante y pronto les mostraré mi verdadera cara y lo despreciable que soy ! ".

- Perfeccionismo. " Se que lo hice bastante bien, pero una tarea como esa debería haberla hecho perfectamente y, por lo tanto, ¡ soy un verdadero incompetente !".

Aunque los terapeutas de la TRE descubren, a veces, todos los pensamientos ilógicos que se acaban de describir, se centran especialmente en los incondicionales " tengo que " y " debo de", que parecen constituir el núcleo filosófico de las creencias irracionales que conducen a las perturbaciones emocionales. Los clínicos de la TRE sostienen que si no descubren y ayudan a los pacientes a abandonar estas creencias básicas, dichos pacientes muy probablemente continuarán manteniéndolas y desarrollando nuevas variaciones irracionales de ellas.

Los terapeutas de la TRE exploran también los " tremendísimos ", los " no puedo – soportantitis" y las "condenas" , y les muestran a los pacientes cómo provienen casi invariablemente de sus " debo de " y que se pueden abandonar si renuncian a sus demandas absolutistas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el mundo. Al mismo tiempo, los terapeutas racional – emotivo animan habitualmente a sus pacientes para que tengan deseos y preferencias fuertes y persistentes, y que eviten los sentimientos de abandono, retiro y falta de implicación.

4.3.1 **Instrumentos Para Evaluar Las Ideas Irracionales**

4.3.1 **Test IBT.**

Mide las ideas irracionales que presenta el sujeto, si estas son adaptadas o por el contrario, llevan a él sujeto a la desadaptación, contiene 9 ítem referentes a ideas irracionales.[45]

Los factores que evalúa el IBT son:

- Necesidad de aprobación : creencia de tener que ser amado y aprobado por casi todas las personas que conocemos.

[45] RIZZO Walter .Entrenamiento Asertivo Aspectos Conceptuales, Evaluativos y de Intervención. México. Norma. 1996. P. 65 .

- Autoexigencias: creencia de tener que ser altamente competentes y exitosos en todos los aspectos.

- Culpar a otros: creencia de que cierta clase de gente deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

- Reacción a la frustración: creencia de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustarían que fuesen.

- Irresponsabilidad emocional: creencia de que somos víctimas de las circunstancias externas y que se tiene poca o ninguna capacidad de controlar las penas y perturbaciones.

- Ansiedad por preocupación: creencia de que si algo es potencialmente peligroso debemos mantener nuestros pensamientos constantemente en ello hasta que podamos cambiarlo.

- Dependencia: creencia de que se necesita de alguien más fuerte en quien confiar y depender.

- Influencia del pasado: creencia de que el pasado es el determinante más importante de nuestra conducta presente.

- Perfeccionismo: creencia que inevitablemente existe una solución perfecta para todos los problemas. [45]

Esta prueba consta de 79 preguntas es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas, tiene 5 opciones para cada respuesta encerrándola en un circulo, asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree y siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho, trate de evitar lo neutro o la respuesta 3 tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. Muy de acuerdo.

2. Moderadamente de acuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. Moderadamente en desacuerdo.

5. Muy en desacuerdo.

Puntuaciones Medias Y Desviaciones Estandards En La Población Normal Y En Paciente. Para Cada Uno De Los Cuestionarios.

(RIZZO WALTER)

1988

ESCALAS	NORMALES		PACIENTES	
1.NECESIDAD DE APROBACIÓN.	22.78	4	25.9	6.4
2.AUTOEXIGENCIAS.	25.18	4.32	29.4	4.3
3. CULPAR A OTROS.	27.35	4.23	26	5.9
4.REACCION AL FRUSTRACIÓN.	23.70	5.06	29.2	5.8
5. IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL.	18.35	4.56	21.9	5.8
6. ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN.	27.01	4.86	32	5.8
7. DEPENDENCIA.	24.07	4.73	24	5.3
8. INFLUENCIA DEL PASADO.	23.08	4.54	26.1	5.5
9. PERFECCIONISMO.	26.51	3.83	24.9	4.7

[45] RIZZO Walter. Entretenimiento Asertivo. Aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. México. Norma. 1996.P.65

Para calificar el test IBT se realizan los siguientes pasos:

1. Todo ítem que tenga la bolita debe ser invertido: si saco 5 se convierte en 1, y el 1 se convierte en 5, el 2 se convierte en 4, el 4 se convierte en 2, el 3 queda igual.

2. Los ítem terminados en 1 pertenecen a la escala de necesidad de aprobación y se suman (1 – 71).

3. Los ítem terminados en 2 pertenecen a la escala de autoexigencias y se suman (2 – 72).

4. Los terminados en 3 pertenecen a la escala de culpar a otros y se suman (3 – 73).

5. Los terminados en 4 pertenecen a la escala de resistencia a la frustración y se suman (4 –74).

6. Los terminados en 5 pertenecen a la escala irresponsabilidad emocional y se suman (5 – 75).

7. Los terminados en 6 pertenecen a la escala de ansiedad por preocupación y se suman (6 – 76).

8. Los terminados en 7 pertenecen a la escala de dependencia y se suman (7 – 77).

9. Los terminados en 8 pertenecen a la escala influencia del pasado se y suman (8 – 78).

10. Los terminados en 9 pertenecen a la escala de perfeccionismo y se suman (9 – 79).

5. DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

5.1 DEFINICION CONCEPTUAL

5.1.1 Anorexia Nerviosa: "Es una enfermedad de etiopatogenía solo parcialmente conocida, en la que la alteración nuclear no es, en rigor, la anorexia (falta de apetito), sino el deseo irrefrenable de delgadez, con resistencia a comer o a retenir lo ingerido ".[46]

5.1.2 Personalidad : " Colección de patrones de conductas que son producto de experiencias previas, y de la historia genética de la persona. Así, la personalidad solo podría conocerse a través de conclusiones sobre las conductas de las personas, y serían producto del aprendizaje."[47]

5.1.3 **Ideas irracionales:** " Son aquellas creencias que debido a su irracionalidad impiden un análisis objetivo, generando consecuencias contraproducentes u autodestructivas."[48]

---

[46] VALLEJO. RUILOBA. Introducción A La Psicopatología Y A La Psiquiatría. Edt Masson . S.A. Barcelona.1994.P. 279.

[47] WWW.PUC/ CARRER./escuela de pasicología/publicaciones.html.

6. CONTROL DE VARIABLES

6.1 VARIABLES CONTROLADAS	QUE	COMO	PORQUE
SUJETO	Nivel de escolaridad de la única sujeto de la muestra.	La paciente que sepa leer y escribir para que pueda responder los test psicometricos que se le van aplicar.	Se requieren estas habilidades para poder manejar los contenidos de las pruebas psicometricas 16 PF, IBT.
AMBIENTE	Influencia de otras personas, para la aplicación de las pruebas 16 PF, IBT.	Ubicando al paciente en un lugar libre de interferencias.	Por que de esta manera su concentración y sinceridad puede variar en presencia de otras personas.
INSTRUMENTO	Validez y confiabilidad de los instrumentos 16 PF, IBT.	Con la utilización de instrumentos que sean validos y confiables como el 16 PF, IBT.	Habrá mayor veracidad en los resultados obtenidos.

[48] WWW.COP.es/delegaci/baleares/trabajo2/terapiacc.htm.

INVESTIGADORAS	Utilización de un lenguaje sencillo.	Utilización de un vocabulario conocido por la paciente.	Porque la paciente debe comprender lo que se le explica para que responda adecuadamente.

6.2 **VARIABLES NO CONTROLADAS**

QUE	PORQUE
Estado civil, ocupación, sexo, edad.	Estas variables no son de interés para la investigación.

7. METODOLOGÍA PRELIMINAR

7.1 DISEÑO

Para llevar a cabo la investigación se utilizó la metodología de diseño de estudio de caso. Robert Yin define un estudio de caso como "una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia y que no son claramente evidente".[49] En virtud de la definición anterior se desea conocer de forma exhaustiva (análisis detallado y profundo) aspectos relacionados con la personalidad e ideas irracionales en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa. Para ello es necesario realizar observaciones e indagar detalladamente el ambiente en el que se desarrolla la paciente, y aun más su historia de vida. Así mismo se consideró importante hacer una entrevista al psicoterapeuta de la paciente anoréxica con el fin de obtener información sobre la problemática de la misma y conocer su percepción al respecto. Se solicitará además la historia clínica de la paciente para hacer una revisión y tener una visión mas amplia del curso y la evolución del trastorno alimentario que presenta la paciente.

---

[49] SANDOVAL CASILIMAR, Carlos. Investigación Cualitativa. Edt Corcas,1997,pag 88 – 89.

De acuerdo al nivel de profundidad del conocimiento que se desea obtener, esta investigación es de tipo descriptivo. Briones (1981) define las investigaciones descriptivas como "aquellas encaminadas a presentar las características o manifestaciones de un fenómeno o problema".[50] Teniendo en cuenta esta definición se procederá a utilizar el método descriptivo para el cumplimiento de los objetivos y la solución de la pregunta problema de esta investigación.

7.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

El estudio se realizó con una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa de 27 años de edad, actualmente está en tratamiento psicológico.

7.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información durante el desarrollo de la investigación se utilizarán los siguientes instrumentos.

7.3.1 Test 16 PF

[50] CORRALES SILBAJA ,Marcos. Manual Para Elaborar Propuestas, Anteproyecto Y Proyectos De Investigación. P. 27- 28 .

El cuestionario de 16 factores de la personalidad fue diseñado por Cattell, Eber. (anexo # 1) [51].

Evalúa 16 factores de la personalidad y esta compuesto por 16 escalas:

ESCALA	NOMBRE
A	EXPRESSIVIDAD EMOCIONAL
B	INTELIGENCIA
C	FUERZA DEL YO
E	DOMINANCIA
F	IMPULSIVIDAD
G	LEALTAD GRUPAL
H	APTITUD SITUACIONAL
I	EMOTIVIDAD
L	CREDIBILIDAD

[51] CATTELL, R.B ,EBER, H.W. Cuestionario de los 16factores de la Personalidad. EDT Manual moderno. S.A

M	ACTITUD COGNITIVA
N	SUTILEZA
O	CONCIENCIA
Q1	POSICIÓN SOCIAL
Q2	CERTEZA INDIVIDUAL
Q3	AUTOESTIMA
Q4	ESTADO DE ANSIEDAD

El 16 PF mide la validez y universalidad de sus fuentes de rasgos de la personalidad, no es un cuestionario compuesto de escalas arbitrarias, sino que consiste de escalas orientadas cuidadosamente hacia conceptos básicos de la estructura de la personalidad humana. Su publicación se realizó para cubrir las demandas de los Psicólogos de un instrumento para medir la personalidad debidamente, validando con respecto a los factores primarios de la personalidad, y originados en Psicología general. Otras propiedades del 16 PF en el área de validez son:

a. Acción supresora entre los reactivos para reducir el efecto de los factores contaminantes (Cattell, 1951).

b. Correlaciones de cada reactivo con el factor puro (Cattell, Eber y Deles, 1968).

c. Relaciones establecidas entre los factores del cuestionario y los factores correspondientes en la clasificación de conducta, campo del " criterio "(Schaie, 1962).

d. Relaciones examinadas de factores de la personalidad en la prueba objetiva (Séller y Cattell, 1958).

e. Relación clara y calculadora entre las escalas primarias y las escalas derivables de factores de segundo orden (Goursuch, Cattell, 1957).

f. Cuadros sintetizados por computadoras de los cuales se puede obtener una mayor validez que de las escalas simples.

g. Una estructura que puede emparentarse con los mismos factores medidos, en desarrollo continuo, en los rasgos infantiles y adolescentes.

h. Validez concreta establecida en relación con varios criterios clínicos, industriales, educativos, y sociales de la vida real.

7.3.2 **Test IBT.**

El test IBT de las ideas irracionales fue diseñado por Jones, basado en las 9 ideas irracionales expuestas por Albert Ellis, que consiste en cuestionar lo que algunos individuos creen y sienten acerca de varias cosas, intenta medir pensamientos irracionales. El IBT además nos permite determinar cómo estos pensamientos influyen directamente en los estados emocionales y la interpretación de los hechos. (anexo # 2).[52]

ESCALAS
1. NECESIDAD DE APROBACIÓN
2. AUTOEXIGENCIAS
3. CULPAR A OTROS
4. REACCION A LA FRUSTRACIÓN
5. IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL

[52] WALTER RISO.Test De Creencias Irracionales,1988.

6. ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN
7. DEPENDENCIA
8. INFLUENCIA DEL PASADO
9. PERFECCIONISMO

Los factores que evalúa el IBT son:

- Necesidad de aprobación : creencia de tener que ser amado y aprobado por casi todas las personas que conocemos.

- Autoexigencias: creencia de tener que ser altamente competentes y exitosos en todos los aspectos.

- Culpar a otros: creencia de que cierta clase de gente deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

- Reacción a la frustración: creencia de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustarían que fuesen.

- Irresponsabilidad emocional: creencia de que somos víctimas de las circunstancias externas y que se tiene poca o ninguna capacidad de controlar las penas y perturbaciones.

- Ansiedad por preocupación: creencia de que si algo es potencialmente peligroso debemos mantener nuestros pensamientos constantemente en ello hasta que podamos cambiarlo.

- Dependencia: creencia de que se necesita de alguien más fuerte en quien confiar y depender.

- Influencia del pasado: creencia de que el pasado es el determinante más importante de nuestra conducta presente.

- Perfeccionismo: creencia que inevitablemente existe una solución perfecta para todos los problemas. [53]

[53] RIZZO Walter. Entretenimiento Asertivo. Aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. México. Norma. 1996.Pág.65

Validez y confiabilidad

El IBT intenta medir diez de los pensamientos irracionales propuestos por Ellis. Cada uno de los subtest posee 10 ítem para un total de cien, sin embargo, por la confiabilidad escasa de ciertos ítem se elimino un subtest y se redujeron otros.

7.4. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo este estudio se procedió a seleccionar el tema de interés, se delimitó la temática a investigar, planteando la pregunta problema y posteriormente se realizo una revisión bibliografica a fin de obtener un marco conceptual de referencia.

Una vez definido el tema y establecido el diseño metodológico de este estudio se procedió a plantear los capítulos y subcapitulos del marco teórico; los objetivos general y específicos.

La fase siguiente consistió en elaborar la metodología preliminar, escogiendo la población y seleccionando la muestra. Se escogió a una paciente de 27 años de edad, del sexo femenino que actualmente asiste a tratamiento psicológico.

Al analizar la forma como se recogerá la información se decidió utilizar el 16 PF y el IBT; porque son instrumentos que proporcionan información fiable sobre las características tanto de la personalidad como de las ideas irracionales de la paciente.

Posteriormente a esto se seguirá consultando en libros especializados de anorexia sobre todo lo referente a las características de la personalidad e ideas irracionales de estos pacientes.

Al obtener una visión más amplia de las variables de estudio (anorexia nerviosa, personalidad e ideas irracionales) se procedió a elaborar la introducción, justificación y definición de variables.

A medida que avanza la investigación se ha ido elaborando el cronograma de actividades al igual que el presupuesto.

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS CUALITATIVOS DEL CUESTIONARIO DE LOS 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD "16 PF".

FACTORES PRIMARIOS

FACTOR A (EXPRESIÓN EMOCIONAL) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 6 lo que indica, que es una persona cariñosa y afectuosa, le gusta salir, complaciente, participante, de buen carácter, dispuesta a cooperar, atenta con la gente, ríe con facilidad, sentimental, inesperada y confiada, adaptable, descuidada, sigue la corriente.

FACTOR B (INTELIGENCIA) – La paciente obtuvo un puntaje bajo de 3,lo que indica que posee un pensamiento concreto: Torpe, baja capacidad mental, incapacidad de resolver problemas abstractos, poco organizado, juicio pobre y de moral baja.

FACTOR C (FUERZA DEL YO) – La paciente obtuvo un puntaje bajo de 2 lo cual indica una estabilidad emocional o debilidad del yo. Afectada por sentimientos

menos estables emocionalmente, fácilmente perturbable, alterable, se torna emocional cuando es frustrada, inconsistente en actitudes e intereses, evade responsabilidades con una tendencia a desistir.

FACTOR F (IMPULSIVIDAD) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 6 lo cual indica que tiende a ser entusiasta, precipitada, despreocupada, alegre, conversadora, franca, rápida, es reflejo de grupo.

FACTOR H (APTITUD SITUACIONAL) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 7 lo que indica que es vigorosa socialmente, le gusta conocer gente, interesada en el sexo opuesto, sensible, simpática, cordial, amigable, impulsiva, emotiva y con interés artístico, despreocupada.

FACTOR L (CREDIBILIDAD) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 6 lo que indica la tendencia de esta hacia la desconfianza se muestra celosa, suspicaz, hace hincapié en sus frustraciones, tiránica, exige que la gente acepte las responsabilidades de sus errores, irritables.

FACTOR M (ACTITUD COGNITIVA) – La paciente obtuvo un puntaje de bajo de 3 lo que indica que esta se muestra preocupada por intereses y asuntos

inmediatos, alerta a las necesidades practicas, evita todo lo muy fantástico, guiada por realidades objetivas, confiable en su buen juicio, honrada, preocupada pero entusiasta pero constante.

FACTOR O (CONCIENCIA) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 6 lo que indica que esta tiende a ser autorecriminante, insegura, preocupada, atormentada, ansiosa, deprimente, llora fácilmente, se conmueve fácilmente, fuerte sentido de la obligación, sensible a la aprobación o desaprobación de la gente, escrupulosa y delicada, hipocondríaca e inadecuada, síntomas de fobias, solitaria y pensador.

FACTOR Q1 (POSOCION SOCIAL) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 6 lo que indica que a esta le gusta experimentar, es liberal, analítica con un pensamiento libre.

FACTOR Q2 (CERTEZA INDIVIDUAL) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 4 lo que indica una tendencia a ser autosuficiente, rica en recursos, prefiere sus propias decisiones.

FACTOR Q4 (ESTADO DE ANSIEDAD) – La paciente obtuvo un puntaje alto de 9 lo que indica una tendencia a su estado de ánimo mostrándose tensa, frustrada, impulsiva, sobreexcitada, malhumorada.

En las escalas E (Dominancia), G (Lealtad grupal),I (Emotividad), N (Sutileza), Q3 (Autoestima), la paciente obtuvo un puntaje de 5 lo que indica que en estas escalas se encuentra en la media y por lo tanto estas escalas no se interpretan.

FACTORES SECUNDARIOS

QS1 (INTROVERSION – EXTROVERSION) En este factor se encontró que la paciente es extrovertida mostrándose a los demás con buen carácter, confiada, atenta con la gente, competitiva, interesada en el sexo opuesto, responsable, perseverante, rica en recursos.

QS2 (POCA ANSIEDAD – MUCHA ANSIEDAD) En este factor se encontró que la paciente presenta mucha ansiedad ya que exige que la gente acepte las responsabilidades de sus errores, es muy sensible a la aprobación o desaprobación de la gente, es muy estricta en su proceder, se guía por su propia imagen, malhumorada, ansiosa acerca de sí misma.

QS3 (SUSCEPTIBILIDAD – TENACIDAD) En este factor se encontró que la paciente es susceptible espera atenciones y afecto, hipocondríaca, caprichosa y fácilmente alejable del buen juicio, generalmente entusiasta pero con ocasionales rachas histéricas de darse por vencida, agresiva, terca, rebelde exige admiración, hace hincapié en sus frustraciones, tiránica.

QS4 (DEPENDENCIA – INDEPENDENCIA) En este factor se encontró que la paciente se muestra independiente al ser competitiva, bohemia, liberal, autosuficiente.

Los factores evaluados por el 16 PF que predominan en la personalidad de la paciente diagnosticada con Anorexia nerviosa son los factores:

(Q4) Estado de ansiedad	9
(H) Aptitud situacional	7
(A) Expresividad emocional	6
(F) Impulsividad	6
(L) Credibilidad	6
(o) Conciencia	6

(Q1) Posición social	6
(E) Dominancia	5
(G) Lealtad grupal	5
(I) Emotividad	5
(N) Sutileza	5
(Q3) Autoestima	5
(Q2) Certeza individual	4
(B) Inteligencia	3
(M) Actitud cognitiva	3
(C) Fuerza del Yo	2

Como Psicólogas logramos detectar y conocer mediante esta prueba 16 PF el tipo de Personalidad que predomina en la paciente, personalidad narcisista ya que esta se mostraba con una necesidad de admiración y falta de empatía, un grandioso sentido de auto importancia, exige una admiración excesiva, es muy pretenciosa e imponente, es interpersonalmente explotadora, presentaba un comportamiento o actitudes arrogantes y soberbias, frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a ella.

8.2 RESULTADOS CUALITATIVOS DEL TEST IBT

Escala de Necesidad de aprobación: En este ítem la paciente obtuvo un puntaje de 27 lo cual excede los parámetros normales e indica que para ella es importante que otros la aprueben, le gusta el respeto de otros, pero ella no tiene que tenerlo, quiere agradarle a todas las personas, se interesa bastante por lo que los demás sienten por ella y le deprime ser criticada.

Escala de Autoexigencias: En este ítem obtuvo un puntaje de 29 el cual indica que la paciente es una persona que odia equivocarse en cualquier cosa, evita lo que no puede hacer, se molesta cuando otros son mejores que ella en algo, le molesta cometer errores, suele incomodarse bastante por cosas pequeñas y muestra temor a hacer las cosas que no puede hacer bien.

Escala Reacción a la frustración: Aquí la paciente obtuvo un puntaje de 13 el cual se halla por debajo de lo normal e indica que a la paciente le afligen las frustraciones, con frecuencia se siente molesta por las situaciones que no le gustan, presenta dificultad para aceptar las cosas como son, se preocupa cuando no puede conseguir lo que quiere, no puede enfrentar la vida con tranquilidad y le inquieta los errores de otros.

En la escala Influencia del pasado: En este ítem el puntaje que obtuvo la paciente fue de 32 el cual excede bastante los parámetros normales e indica que la paciente piensa que es imposible superar la influencia del pasado y por ende dichas experiencias pasadas la afectan ahora y la afectaran siempre, piensa que las personas nunca cambian y mira el pasado con mucho remordimiento.

En la escala Perfeccionismo: En este ítem la paciente obtuvo un puntaje que se encuentra por debajo de los parámetros 17 e indica que ella piensa que no hay una forma correcta de hacer todas las cosas y que no hay una solución perfecta para nada. También piensa que no hay un camino fácil en la vida, que los problemas siempre estarán con ella y que no hay nada que se aproxime a la ideal.

En la escala Culpar a otros: En este ítem la paciente obtuvo un puntaje equivalente a 26, se encuentra entre los parámetros normales e indica que pocas veces culpa a las personas por sus modales, tiene un sentimiento de justicia, es capaz de perdonar y de dar a quién le agrada una segunda oportunidad y piensa que nadie es malo aún cuando sus actos lo sean.

En la escala Irresponsabilidad emocional: Puntaje igual a 16, se halla dentro de los parámetros normales y significa qua la paciente piensa que las personas si quieren pueden ser felices bajo todas las circunstancias, es consciente de que cada sujeto crea su propio estado de ánimo que nada es deprimente por sí mismo, porque depende de cómo se interpreta y que nunca hay razón para estar preocupado por mucho tiempo.

En la escala Ansiedad por preocupación: En esta escala el puntaje fue de 28, se encuentra dentro de los parámetros normales e indica que siente poca ansiedad por cosas peligrosas que pueden ocurrir en el futuro, en ocasiones puede dejar de pensar en cosas que le preocupan y no le es difícil alejar o liberar temores de su mente.

En la escala Dependencia: En esta escala la paciente obtuvo un puntaje equivalente a 23, se encuentra dentro de los parámetros normales e indica que es capaz de tomar decisiones por sí misma, que no necesita de algo externo que le de fuerza, no depende enormemente de ninguna persona, piensa que es la única que puede entender y enfrentar sus problemas y le disgusta que otros tomen decisiones por ella.

8.3 COMPARACION DE RESULTADOS

Realizando una comparación entre las pruebas psicométricas aplicadas (16Pf e IBT) a la paciente con anorexia nerviosa, se llegó a la conclusión de que estas escalas son las que más se asemejan dentro de los resultados obtenidos.

En la primera escala del test IBT (necesidad de aprobación) se relacionó con el factor o (conciencia) del test 16 PF en los cuales se pudo destacar la inseguridad de la paciente, su aprehensión, la sensibilidad extrema a la aprobación o desaprobación de la gente. Le deprime ser criticada, se conmueve fácilmente y se interesa bastante por lo que los demás sienten por ella.

En la segunda escala del test IBT escala de autoexigencias, se observó una gran similitud con el factor C (fuerza del yo) del 16 PF, debido a que estos dos se conjuga la tendencia de la paciente a evitar lo que no puede hacer, evade responsabilidades, y no acepta equivocarse razón por la cual desiste en realizar algo que sabe no va a poder hacer. Se incomoda por cosas pequeñas.

La tercera escala Reacción a la frustración se asocia con el factor L (credibilidad) del test 16 PF en donde se halló que la paciente se centra en sus frustraciones las cuales la afligen, se irrita por las situaciones que no le gustan, es desconfiada y celosa. Del mismo modo, esta escala se relaciona con el factor Q4 del 16 PF en

el cual se observa que en la paciente predomina: la frustración, tensión y el mal humor.

9.CONCLUSION

El enfoque conductual cognitivo no sólo considera el comportamiento externo, sino también las cogniciones (las creencias y los pensamientos) ya que supone que son de importancia vital para explicar el comportamiento. Este modelo afirma que la conducta depende mas de los sistemas de creencias que de las condiciones objetivas, y que los pensamientos deformados son la causa del comportamiento desadaptado.

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el test 16 PF (cuestionario de los 16 factores de la personalidad), se pudo determinar que la paciente diagnosticada con el trastorno alimenticio de la anorexia nerviosa presenta características peculiares que indican que los rasgos de la personalidad de la paciente están asociados al trastorno narcisista. Se pudo detectar en este test cierta afinidad entre los factores : A (expresividad emocional), L (credibilidad), QS2 (poca ansiedad - mucha ansiedad), QS3 (susceptibilidad – tenacidad), Q4 (estado de ansiedad), con los ítem planteados en el DSM IV sobre el trastorno de la personalidad narcisista los cuales son los siguientes:

(1) Tiene un grandioso sentido de auto importancia por ejemplo, exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados). Asociado al factor L (credibilidad del test 16 PF).

(2) Cree que es "especial" y única y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de status. Asociado al factor F (Impulsividad del test 16 PF).

(3)Exige una admiración excesiva. Asociado al factor secundario QS2 (poca ansiedad – mucha ansiedad del test 16 PF),factor A (expresividad emocional).

(4)Es muy pretenciosa, por ejemplo posee expectativas irracionales de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente todas sus expectativas. Asociado al factor secundario QS3 (susceptibilidad – tenacidad).

(5)Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios. Asociado a los factores Q4 (estado de ansiedad).

Del mismo modo, los resultados arrojados por el test IBT indican que en la paciente prevalecen algunas ideas irracionales que hacen referencia a: la necesidad de aprobación, autoexigencias, reacción a la frustración, influencia del pasado, perfeccionismo. Estas escalas se encuentran fuera de los parámetros señalando así la perturbación de ciertos pensamientos o ideas irracionales en la

paciente anoréxica, lo cual influye significativamente en su actitud o comportamiento.

Al revisar estas dos variables personalidad – ideas irracionales se pudo corroborar veracidad de lo citado por Sarason y Sarason 1996; quienes expresan que los pensamientos, percepciones e interpretaciones de las realidades desaptativas o ilógicos de los trastornos psicológicos específicos se atribuyen a las cogniciones y acontecimientos privados. De ahí que los pensamientos desadaptados sean la causa de la conducta desadaptada y por ende es menester enseñar a las personas nuevas formas de pensar para poder modificar y mejorar el comportamiento anormal de estos sujetos.

Los Factores más notables en la personalidad e ideas irracionales de la paciente fueron:

Necesidad de aprobación – Sumisión, dependencia: Para la paciente es importante evitar cualquier situación que implique el rechazo por lo que considera fundamental agradarle a toda las personas y muestra un interés muy particular por lo que los demás sienten por ella, motivo por el cual adopta una actitud dependiente, dirigiendo su conducta hacia el sometimiento, la sumisión y la búsqueda de aceptación de las demás personas.

Autoexigencia – Fuerza del Yo: La idea que tiene la paciente de que para ser valiosa debe ser competente, capaz de lograr todo cuanto desea y el temor a hacer las cosas que no puede hacer bien, hace que requieran un gran esfuerzo de autoexigencias y por ello tiende a presentar inestabilidad emocional ya que es fácilmente perturbable, alterable, tiende a desistir.

Reacción a la frustración – Susceptibilidad, tenacidad: La baja tolerancia a la frustración, los sentimientos de molestia que ciertas situaciones que no le gustan a la paciente generan en ella, la dificultad para aceptar las cosas como son y no poder enfrentar la vida con tranquilidad hacen de que se muestre vulnerable, voluble, y fácilmente perturbables, manifestando así las conductas agresivas, rebeldes, se da fácilmente por vencida.

Durante la Entrevista aplicada a la paciente diagnosticada con Anorexia Nerviosa se pudo corroborar lo intransigente, lo arrogante y lo voluble que es a la hora de responder a lo que se le preguntaba, omitiendo en sí, su problema de Anorexia haciendo ver que no presenta dicho trastorno alimenticio.

Asumimos que la mayoría de sus respuestas fueron irreales y fantasiosas, porque existe la certeza que estas personas tienden a ocultar la gravedad de la

enfermedad por temor al que dirán y al rechazo hacia estas, ya que su personalidad esta afectada a tal punto que no diferencian lo real de lo irreal.

Es imposible creer que una persona pueda tener una alimentación saludable: "balanceada" única y exclusivamente con frutas y verduras esta es una prueba fehaciente de la incongruencia que existe en las respuestas que esta suministraba en dicha entrevista.

Con respecto al estado físico de la paciente, nuestra observación personal difiere de lo que ella manifiesta, porque una persona que hace ejercicios con una alimentación tan deplorable, no puede rendir en la manera que ella manifiesta. Además clínicamente se ha demostrado que estas personas tienden a padecer de osteoporosis (descalcificación de los huesos) y eso es contraproducente para una persona que practica deportes.

Otra inconsistencia que se encontró en su respuesta, es la que correspondió a la pregunta en referencia su relación de pareja, tratando de ocultar que existe un problema latente, pues estas personas sienten apatía por el sexo ya que tratan de ocultar su disfunción sexual, con rechazo hacia su pareja , consideramos nosotras que la razón principal de este problema radica en su estado de salud tan deplorable debido a que estas personas padecen de anemia perniciosa, que

acaba con sus fuerzas, que no son capaces de realizar el acto sexual satisfactoriamente por el cansancio que les agobia. Y por lo tanto se considera que todas sus respuestas en la entrevista están muy lejos de su realidad, ocasionando en esta perturbaciones emocionales que le impiden desarrollar buenas relaciones interpersonales.

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las afirmaciones dadas por los teóricos conductuales – cognitivos que hacen referencia a la influencia que tienen las ideas irracionales en la estructuración de la personalidad y la emisión de ciertos comportamientos desadaptativos, se conjugan con los resultados arrojados a través del test de los 16 factores de la personalidad (16 PF) y el IBT (cuestionario que mide las ideas irracionales) los cuales demuestran categóricamente que las ideas irracionales que posee la paciente junto con el trastorno narcisista de la personalidad que presenta, en un conjunto predisponieron y desencadenaron en esta el trastorno alimentario de la anorexia nerviosa.

Además de las características determinadas en las pruebas aplicadas se observó que la paciente es muy rígida, severa e intransigente.

Dentro de los aspectos prácticos vivenciados durante la investigación, se notaron las siguientes falencias que son necesarias recomendar con el fin de ser abordadas en el futuro:

- Promover dentro de la universidad programas para detectar trastornos alimenticios.

- Realizar jornadas de salud dentro de la universidad con el fin de detectar trastornos alimenticios, debido que la paciente diagnosticada con Anorexia nerviosa es estudiante de la institución.

Sería crucial llevar a cabo estas actividades anteriormente planteadas ya que se considera que la Anorexia es una enfermedad que esta afectando a la población de jóvenes adolescentes, por el gran deseo de tener un cuerpo esbelto para llamar la atención y ser socialmente aceptados.

Otra Investigaciones Sugeridas:

- Realizar estudios sobre la incidencia de la dinámica familiar, como factor predisponente y desencadenante del trastorno anoréxico.

- Ideas irracionales que perpetúan el trastorno anoréxico en las adolescentes.

Sugerimos estas dos investigaciones, ya que estos factores (dinámica familiar e ideas irracionales), Son considerados como los que más predisponen y favorecen el desarrollo de este trastorno alimenticio.

ALCANCES

Se llevó a cabalidad los objetivos propuestos previamente. Se contó con el material necesario para el desarrollo del proyecto de investigación; fue un tema accesible en cuanto a la parte teórica.

LIMITACIONES

Hubo inconvenientes para poder contactar al personal con el cual se necesitó trabajar (muestra muy limitada).

La Paciente no fue muy colaboradora en el momento de la aplicación de los Test, y en la entrevista ya que mostraba cierta resistencia y apatía a lo que se le pedía.

BIBLIOGRAFÍA

ALLPORT, G. (1966) La Personalidad : Su Configuración Y Desarrollo. Barcelona : Herder.

BÁGUENA, M. J. (1996) Modelos Socioculturales Y Colectivos De La Personalidad: La Personalidad En La Cultura, En V. Pelechano (Coordinador) Psicología De La Personalidad. Barcelona: Ariel.

BOWERS , T. K; Eckert, E. Leukopenia In Anorexia Nervosa. Lack Of Increased Risk Of Infection. Archives Of Internal Medicine. Vol.

BRUCH, H Anorexia Nervosa: Therapy And Theory. American Journal Of Psychiatry. Vol. 139 (12),

CABALLO, Vicente. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI,España 1993.

CARVER, Ch. & Scheir, M. (1997) Teorías De La Personalidad. México: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.

CATTELL R.B, Eber H.W. Cuestionario De 16 Factores De La Personalidad.Edt El Manual Modemo,S.A De C.V .México 1980

CRISPO Rosina; FIGUEROA Eduardo; GUELAR Diana. Anorexia Y Bulimia. Editorial Odisea.

Enciclopedia De La Psicología Océano. Edt Salvat

FELDMAN, Psicología General Con Aplicación Para Ibero América. 1995.Edt Mc Graw Hill.

GARFINKEL , MOLDOSKY , GARNER . Op. Cit. P 1036

HENDREN, R. L; BARBER, J.K.; SIGAFOOS, A. Eating Disordered Symptoms In A Non Clinical Population: A Study Of Female Adolescents In Two Private Schools. Journal Of The American Academy Of Child Psuchiatry. Vol. 25 (6). 1986.

HOWARD H, Goldman. Psiquiatría General Manual Moderno Editorial . 4 Edición 1996.

HUGHES,J. Manual de psiquiatría. México,edt limusa,1984.

HUGHES, J Manual De Psiquiatría . México , Limusa, 1984

KLUCKHOHN, J. C. (1979) La Personalidad En La Naturaleza, La Sociedad Y La Cultura. México: Grijalbo.

MURRAY, J.B. Psychological Aspects Of Anorexia Nervosa. Genetic Social, And General Psychology Monographs Vol.112, 1986,

NUSBAUM, M; Food For Thought : The Problem Of Anorexia Nervosa And Bulimia. Journal Of Orthomolecular Medicine. Vol.1(4), 1986.

OROZCO MENDEZ Osvaldo, Psicólogo. Trastornos Del Comer: Obesidad, Anorexia, Y Bulimia, Una Revisión Critica, Tesis Universidad Del Norte 1991 Barranquilla,

PAXTÓN Paul, RUBENSTEIN David, SMITH ANDREW, Medicina Y Salud. Circulo De Lectores.1985.

PICHOT,Pierre Y Otros.DSM IV. Editorial Masson S.A. Barcelona, 1997.

PICHOT Pierre, LOPEZ Juan, ALIÑO Ibor, VALDES Miyar. Manual diagnostico de los trastornos mentales, edt Masson S.A, edc 1995.

POPE, Jr. H.G; HUDSON, M.I ; YOURGELUN -Todd, D. Anorexia Nervosa And Bulimia Among. 300 Suborban Women Shoppers. American Journal Of Psychiatry, Vol.141 (2), 1984.

RATZ , R .L ; MAZER, C. Litt, I.F. Anorexia Nervosa By Proxy. Journal Of Pediatrics. Vol.107(2).

REEVE, J. (1995) Características De Personalidad. En J. Reeve (Ed.) Motivación Y Emoción. Madrid: Mcgraw Hill.

RICE. Desarrollo Humano.Edt Prentice Hall.Edc 1997.

RIZZO Walter. Entrenamiento Asertivo aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. México. Edt norma 1996, pág 65.

SARASON Irwin. Psicología Anormal. Editorial Prentice Hall, 1996 .

SCHWABE, A,D. Anorexia Nervosa. Annals Of Internal Medicine. Vol.141 (2), 1984.

SHAROUSKY , D. L. Aspectos Neuroendocrinos De La Anorexia Nerviosa. Revista Argentina De Endocrinología Y Metabolismo. Vol 21(1), 1984.

SILVERMAN. J. A. Anorexia Nervosa In Seventeenth Century England As Viewed By Physical, Philosopher,and Pedagogue. An Eassay. International Journal Of Eating Disorders. Vol. 5(5), 1986 .

SILVERMAN. J.A; MORTON, Richard. 1937-1968. Limner Of Anorexia Nervosa: His Life And Times A Tercentenary Essay. Jama, Vol. 250 (20) 1983.

SOUZA FIGUEROA, Lucia De Fátima. Anorexia Nervosa. Concepto Por Defensa Mental. Journal Brasileiro De Psiquiatría. 1985.

TANNENHAUS, Nora. Anorexia Y Bulimia. Editorial Plaza Janes, Sabadell Barcelona. 1995.

TORO G. Yepes R. Fundamentos De Medicina Psiquiátrica, Tercera Edición, 1997

VALLEJO, Ruiloba J. Introducción A La Sicopatología Y A La Psiquiatría. Editorial Masson. S.A. Barcelona, 1994 P. 279.

Www.Puc/Carrer./Escuela De Psicologia/Publicaciones.Html

Www.Cop.Es/Delegaci/Artbaleares/Trabajo2/Terapiacc.Htm

WWW.noah.cuny.edu/sp/wellconn7speatdisorders.htm

WWW.el- mundo.es/la revista59/textos/anore2html

ANEXOS

Anexo # 1

Tabla: 1 Forma A - Varones, Adultos, Esp.

DISTORSION: 0 : Muy Sincero. 02-Jun-03

Nombre: TULIA SUAREZ CORONADO EDAD: 47

Puntajes Directos	Decatipo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
12	RESERVADO	A	6	ABIERTO
5	PENSAMIENTO CONCRETO	B	3	PENSAMIENTO ABSTRACTO
8	INESTABILIDAD EMOCIONAL	C	2	ESTABILIDAD EMOCIONAL
11	SUMISO	E	5	DOMINANTE
15	PRUDENTE	F	6	IMPULSIVO
14	DESPREOCUPADO	G	5	ESCRUPULOSO
18	TIMIDO	H	7	ESPONTANEO
9	RACIONAL	I	5	EMOCIONAL
11	CONFIADO	L	6	SUSPICAZ
8	PRACTICO	M	3	SOÑADOR
11	SENCILLO	N	5	ASTUTO
10	SEGURO	O	6	INSEGURO
11	TRADICIONALISTA	Q1	6	INNOVADOR
7	DEPENDENCIA DEL GRUPO	Q2	4	AUTOSUFICIENCIA
13	DESINHIBIDO	Q3	5	CONTENCION
18	TRANQUILO	Q4	9	TENSIONADO

(I.C.= INDICADOR CLINICO)

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

BAJA ANSIEDAD	8	ALTA ANSIEDAD
INTROVERSION	7	EXTRAVERSION
BAJO CONTROL SOCIAL	5	ALTO CONTROL SOCIAL
DEPENDENCIA	4	INDEPENDENCIA

ECUACIONES DERIVADAS DE PERFILES

OBJETIVIDAD	4	SUBJETIVIDAD
CREATIVIDAD BAJA	4	CREATIVIDAD ALTA
BAJO HEDONISMO	8	ALTO HEDONISMO
BAJO AISLAMIENTO	7	ALTO AISLAMIENTO
BAJO LIDERAZGO	5	ALTO LIDERAZGO
PROPENSO A ACCIDENTES	4	LIBRE ACCIDENTES

I. B. T.

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "3" tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. Muy de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo

1. Es importante para mí que otros me aprueben. (1) 2 3 4 5
2. Odio equivocarme en cualquier cosa. 1 (2) 3 4 5
3. Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen. (1) 2 3 4 5
4. Generalmente acepto lo que pasa. (1) 2 3 4 5
5. Si alguien quiere puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias (1) 2 3 4 5
6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarme (1) 2 3 4 5
7. Todos necesitamos de alguien para depender (1) 2 3 4 5
8. "Una zebra no puede cambiar sus rayas" (1) 2 3 4 5
9. Hay una forma correcta de hacer todas las cosas (1) 2 3 4 5
11. Me gusta el respeto de otros, pero yo no tengo que tenerlo. 1 (2) 3 4 5
12. Evito las cosas que no puedo hacer. 1 2 3 (4) 5
13. Aquellos que obran mal deben ser sancionados (1) 2 3 4 5
14. Las frustraciones no me afligen. (1) 2 3 4 5
15. Yo creo mi propio estado de ánimo. (1) 2 3 4 5
16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que pueden ocurrir en el futuro. (1) 2 2 4 5
17. Cuando debo tomar decisiones importantes trato de consultar con alguna autoridad en el tema. (1) 2 3 4 5
18. Es casi imposible superar la influencia del pasado. 1 2 3 (4) 5
19. No hay una solución perfecta para nada. (1) 2 3 4 5
21. Quiero agradarle a todas las personas. 1 (2) 3 4 5
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo. (1) 2 3 4 5
23. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada (1) 2 3 4 5
24. Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan. (1) 2 3 4 5
25. La gente que es infeliz, es así porque generalmente ellos mismos se lo buscaron (1) 2 3 4 5
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan. (1) 2 3 4 5
27. La gente necesita algo externo que les dé fuerza 1 (2) 3 4 5
28. Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería más como yo quiero ser. (1) 2 3 4 5
29. Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida 1 (2) 3 4 5
31. Puedo gustarme a mí mismo aunque a muchos yo no les guste. (1) 2 3 4 5
32. Me gustaría tener éxito pero no siento que deba esforzarme para ello o que "tenga que" hacerlo" 1 (2) 3 4 5
33. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad. 1 2 3 (4) 5
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan. (1) 2 3 4 5
35. Depende de uno mismo el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable. (1) 2 3 4 5
36. Rara vez estoy ansioso por el futuro. (1) 2 3 4 5
37. Hay ciertas personas de quien dependo enormemente (1) 2 3 4 5
38. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora. (1) 2 3 4 5

ENTREVISTA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA NERVIOSA
(Anexo # 3)

1. ¿ Cómo es su alimentación actualmente?

" Una alimentación balanceada y completa".

2. ¿ Qué tipo de alimentos prefiere?

" Me gusta comer frutas y verduras como por ejemplo: frutas (mango, fresas, patilla, lulo, melón, piña, papaya y manzana) ,Verduras (lechuga, apio, tomate, cebolla, pimentón, repollo, espinaca, remolacha y zanahoria)".

3. ¿ Hace Dieta?

No " Yo estoy de lo mejor, la dieta no va con mi personalidad".

4. ¿Qué actividades realiza diariamente?

" Ninguna en particular".

5. ¿Practica algún deporte o hace ejercicios con qué frecuencia?

" Me gusta hacer abdominales y trotar en las noches".

6. ¿Durante el transcurso de la semana como se alimenta?

" Me gusta comer muchas frutas y verduras".

7. ¿Los fines de semana come de una manera diferente, más, menos?

" No igual que siempre solo verduras y frutas".

8. ¿Durante el período académico, tu apetito varía de que manera?

" No, es igual que siempre".

9. Existen ciertos factores ambientales, familiares, personales que afecten directamente o indirectamente tu apetito. ¿ Cuáles?

" No".

10. ¿Qué haces en tu tiempo libre?

" Me gusta hacer ejercicios (abdominales, caminar)".

11. ¿Te gusta comer mientras ves televisión?

" Depende de mi estado de ánimo, si estoy viendo una película de pronto como palomitas de maíz, o me como una fruta".

12. ¿Cómo es la relación con tu esposo?

" Buena, nos llevamos de maravilla cuando el viene a casa disfrutamos del tiempo disponible".

13. Haz tenido problemas con el en la intimidad. ¿ Cuáles?

" No".

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA