



---

---

# **UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

ACUERDO UNAM Núm. 01/04 del 1º de junio de 2004

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 3290-25

## **Diferencias de Género en la Autoimagen asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en Adolescentes**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**VIRIDIANA GUADALUPE SÁNCHEZ GÓMEZ**

Asesor de Tesis: Mtro. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez

Sinodales: Dr. Christian López Gutiérrez

Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado

Mtro. Samuel Acosta Galván

Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Dedicatorias

Primordialmente a Dios le quiero agradecer por haberme permitido terminar mi carrera, por llegar hasta donde estoy el día de hoy. Por siempre acompañarme en los momentos difíciles que he pasado y nunca dejarme sola y lograr este sueño y convertirme en una profesionalista.

Dedico ésta tesis a mis padres que me dieron la vida y que han estado en todo momento conmigo, por haberme guiado en el camino correcto, por nunca dejarme sola y siempre estar pendiente de mí, gracias por tanta exigencias porque sin ustedes no lo hubiera logrado, por sus esfuerzos y su dedicación que me brindan día a día. Les agradezco a ustedes porque pude culminar mi carrera profesional ya que sin ustedes no lo hubiera logrado, los amo con todo mi corazón.

A mi esposo, muchas gracias por estos seis años que a tu lado he compartido, hemos pasado por tanto, que ahora estás conmigo en este día tan importante para mí. Solo quiero darte las gracias por todo el apoyo que me has dado para continuar y seguir con mi camino profesional, gracias por estar conmigo en todo momento mi vida, te amo mucho.

A mis abuelos, por estar pendiente de mí, por guiar cada uno de mis pasos, por nunca dejarme sola. Les agradezco infinitamente por todo su apoyo moral que me brindaron día a día. A pesar de que uno de ellos ya no está a mi lado, le agradezco todo su esfuerzo que me brindo en su momento. Los amo porque más que ser mis abuelos fueron y serán siempre mis padres.

A mi hermana Selene, le agradezco de todo corazón por haber apoyado moralmente, por estar siempre a mi lado y nunca dejarme sola, por cada uno de sus consejos que me brinda día a día. Te quiero mucho.

A mis familiares, les doy las gracias por apoyarme en todo momento, por cada una de sus sugerencias que me brindaron, por estar siempre pendiente de mí y nunca dejarme sola. Los quiero mucho.

A mis amigas, por haberme acompañado en todo mi camino y por todo su apoyo que me brindaron en su momento. Gracias por todo su apoyo incondicional, las quiero mucho.

GRACIAS A TODOS

## **Agradecimientos**

A mi universidad, porque me otorgó la posibilidad de adquirir los conocimientos necesarios para poder realizar mi sueño y ser una persona íntegra y culta. Y realizarme profesionalmente.

A mi director de tesis, el Profesor Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez, por sus consejos y sugerencias. Y al mismo tiempo agradecerle su participación y dedicación en la elaboración de esta investigación.

A mis sinodales, la Dra. Karina Alicia Bermúdez Rivera, al Dr. Christian López Gutiérrez, él Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado, Mtro. Samuel Acosta Galván y el Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas, por cada una de sus indicaciones y aportaciones para la realización de esta investigación.

Gracias a todos ustedes que formaron parte de esta investigación.

## Lista de contenido

Resumen.....	x
Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Ingesta de Alimentos.....	1
Factores que Afectan el Consumo de los Nutrientes de la Conducta Alimentaria.....	3
Factores Socioculturales del Consumo de Nutrientes.....	3
Nutrición.....	3
Nutrición Comunitaria: Concepto y Funciones.....	4
Recomendación de Nutrientes.....	5
Ingesta Dietética.....	6
Ingesta Dietética Recomendada .....	6
Ingesta Adecuada.....	7
Nivel de Ingesta Máxima Tolerante.....	7
Evaluación del Estado de Nutrición.....	7
Dieta.....	8
Tipos de Dietas.....	9

Terapéutica Dietética.....	9
Alimentos Necesarios que Corresponde a una Dieta Básica.....	10
Desarrollo Fisiológico.....	11
Pubertad Temprana.....	12
Género y Adolescencia.....	12
Autoimagen.....	13
El Estereotipo Social de la Belleza.....	15
Anorexia Nerviosa.....	16
Trastornos del Ritmo en la Anorexia Nerviosa.....	18
Características de la Anorexia.....	19
Factores que Influyen a la Anorexia Nerviosa.....	22
Factor Biológico.....	22
Factor Psicológico.....	23
Factor Sociocultural.....	25
Criterios para Definir la Anorexia Nerviosa.....	26
Tipos Específicos de la Anorexia del DSM-V.....	27

Señales de Alarma.....	27
Síntomas Físicos.....	28
Bulimia Nerviosa.....	30
Criterios para el Diagnostico de Bulimia Nerviosa según el DSM V.....	31
Características de la Bulimia Nerviosa.....	33
Factores Presentes en la Bulimia Nerviosa.....	34
Complicaciones Médicas.....	36
Tratamiento de la Bulimia Nerviosa.....	37
Trastorno por Atracón.....	41
Características y Criterios Principales del Trastorno por Atracón.....	42
Episodios del Trastorno por Atracón.....	44
Modelos Teóricos del Trastorno por Atracón.....	45
Modelo se Refiere al Trastorno por Atracón como Entidad Nosológica	
Diferenciada.....	46
Modelo se Representa como un Trastorno por Atracón como una	
Variante de la Bulimia Nerviosa.....	46



Modelo se Refiere al Trastorno por Atracón como un Subtipo Conductual de la Obesidad.....	47
Modelo como Trastorno por Atracón como Reflejo de la Psicopatología de la Obesidad.....	47
Trastorno por Atracón y Obesidad.....	48
Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Atracón.....	50
Método.....	55
Planteamiento del problema.....	53
Hipótesis.....	55
Muestreo.....	55
Instrumento.....	57
Procedimiento.....	59
Resultados.....	60
Discusión.....	62
Lista de referencias.....	66
ANEXO 1.....	82

## Lista de tablas

Tabla 1 Distribución de la Muestra por Sexo .....	56
Tabla 2 Distribución de la Muestra por Edad.....	56
Tabla 3 Análisis de varianza (ANOVA) por Sexo en la Escalas del cuestionario de Trastornos Alimenticios y la Autoimagen en Adolescentes.....	60

## Resumen

En la literatura sobre Trastornos de alimentación se ha reportado que la Autoimagen tiene un papel preponderante en la ocurrencia y características de dichos trastornos. También se ha descrito que la Autoimagen está determinada por diferentes variables sociodemográficas y culturales, siendo una de las principales el género de las personas y aún más si dichas personas son adolescentes. Por lo tanto, el propósito de la presente tesis fue determinar las diferencias de género en la Autoimagen asociada a los Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en adolescentes. En el presente estudio se aplicó instrumento EAT-40 (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Dues, 2014) a 150 mujeres y 150 hombres, para medir los ocho factores de autoimagen asociados los trastornos de alimentación. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA), con el cuál se encontró que existen diferencias significativas debidas al género en tres de los ocho factores: Autoconcepto, Estereotipo y Sentimientos. Se concluyó que las variables sociodemográficas y culturales, como el género en adolescentes, tienen una influencia importante sobre la autoimagen relacionada a trastornos de alimentación, específicamente sobre tres de sus factores. Estos hallazgos son relevantes porque en futuras investigaciones se podría describir y anticipar enfermedades graves asociadas o derivadas de los trastornos de alimentación, que constituyen un problema muy importante de salud pública, los cuales pueden prevenirse si se comprenden mejor las variables que los ocasionan, por ejemplo la autoimagen y los factores que la componen, como en la presente tesis.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, autoimagen, género, adolescentes.

## **Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos**

Fassino et al. (2007) definieron a los trastornos de la conducta alimentaria como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan por comer en exceso o por dejar de hacerlo.

Conforme al DSM-V los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos son alteraciones en la alimentación o de la ingesta que pueden incluir, pero no se limitan a ello, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

Según López y María (2010) los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos son enfermedades mentales que afectan el cuerpo de las personas. Se caracterizan principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, es decir, que además tienen pensamientos distorsionados en lo que respecta a la comida, su cuerpo y su peso.

Los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos se consideran como problemas de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida hace más de tres décadas por sus amplias consecuencias en la vida de las personas, en el ámbito económico de los países y en general respecto a sus políticas públicas (Brumberg y Fasting, 2000).

Escalante, Francisco y López (2003) mencionaron que los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos son muy complejos y aparecen por la acción de múltiples factores que implican la interacción de diversos fenómenos biológicos, psicológicos y sociales. Es importante señalar que siempre implican algún retraso del crecimiento, el cual determina una mala nutrición que altera el equilibrio general del individuo.

De acuerdo con el DSM-V los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos se definen como alteraciones en la alimentación, aunque no se limitan, por la disminución del interés hacia la comida o comer en general, evitando las características sensoriales de los alimentos, preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer, manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas y necesidades energéticas y nutricionales ideales, lo cual puede relacionarse con pérdida considerable de peso, presencia de diferentes deficiencias nutricionales, dependencia de alimentación enteral e interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado.

Al respecto Ornstein et al. (2013) sostuvieron que el trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos es un diagnóstico significativo de la práctica clínica actual. Ornstein, et al propusieron que entre los trastornos alimenticios se encuentran: pica y rumiación, trastorno evitativo de la ingesta alimentaria, anorexia nerviosa atípica, anorexia nerviosa a la gordura, trastorno purgativo y el síndrome de la ingesta nocturna.

## **Factores que afectan el consumo de los nutrientes de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria llevan a una deficiente utilización de los nutrientes de los alimentos ingeridos, lo que puede llevar a disfunciones orgánicas en el individuo por el mal consumo de alimentos, lo cual desencadena procesos infecciosos diarreicos o parásitos, así como alteraciones que interfieren con la adecuada digestión, absorción o metabolismo de los nutrimentos. Además, la baja digestibilidad de los alimentos, un alto contenido de sustancias que alteren la absorción de los nutrimentos o las formas poco asimilables de éstos, también afectan en el estado de nutrición (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007).

## **Factores socioculturales del consumo de nutrientes**

Quick, Byr y Neumark (2013) mencionaron que los factores sociales son importantes ya que predisponen la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario. La presión social y mediática que existe para los adolescentes hombres y mujeres en torno a la talla y el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición del desarrollo de éste trastorno. Así como también, la moda y la publicidad incitan más frecuentemente para adelgazar que a mantener una buena salud.

## **Nutrición**

El crecimiento y desarrollo del individuo, que inicia con la concepción y trasciende hasta la etapa adulta y la vejez, está determinado por la herencia genética e influenciada por

la estructura social, las condiciones económicas, las características del medio ambiente y los aspectos culturales. Es por ello que la nutrición y la alimentación están íntimamente relacionadas con las tres áreas de crecimiento y desarrollo: biológico, intelectual y emocional. Respecto al biológico, se refiere a los alimentos que contienen los nutrientes, como materia prima para el crecimiento y desarrollo físico. El intelectual se basa en que desde el nacimiento, el ser humano tiene y adquiere una serie de habilidades que les permite alimentarse. El emocional se refiere a que la persona se sienta satisfecha consigo misma (Téllez y María, 2004).

Ahmed y Furth (1992) mencionaron que la nutrición es uno de los factores más importantes dentro de la salud, al igual que la herencia, el clima, la higiene y el ejercicio físico. Por lo que ejerce una influencia importante en las tres esferas del ser humano: la biológica, la psicológica y la social.

### **Nutrición comunitaria: concepto y funciones**

Arcenta y Javier (2006) definieron la nutrición comunitaria como el conjunto de actividades vinculadas a la salud pública. Los autores propusieron diez funciones principales de la nutrición comunitaria. El primero fue identificar y evaluar problemas nutricionales. El segundo plantea que hay que elaborar material educativo y de apoyo a las actividades preventivas y de promoción de la salud relacionada con la nutrición. El tercero se refiere a estimular y participar en las iniciativas llevadas a cabo por los medios de comunicación social en temas como la nutrición y la salud pública. El cuarto se basa en

asesorar y consensuar modificaciones en los procesos de elaboración de la industria alimentaria que puedan ayudar a conseguir un perfil marcado en los objetivos y guías nutricionales. El quinto es asesorar y consensuar modificaciones en la composición del menú y modo de preparación de los aportes dietéticos. El sexto es facilitar el servicio de información y documentación en temas relacionados con la salud, alimentación y nutrición. El séptimo se basa en favorecer la comunicación y la coordinación de actuaciones con otros técnicos o grupos de trabajo local y regional para la puesta en marcha de diferentes actividades de nutrición comunitaria. El octavo plantea supervisar y asesorar trabajos de su ámbito de actuación realizados en otras instituciones y departamentos que así lo soliciten. El noveno implica evaluar la competencia profesional en temas relacionados con la nutrición y salud pública, para identificar sectorialmente necesidades de formación. La décima se refiere a informar a la universidad y otras instituciones académicas de los problemas nutricionales detectados en el medio, así como las necesidades de formación que permitan el trabajo eficaz en el campo de la nutrición comunitaria.

### **Recomendación de nutrientes**

En todas las etapas de la vida, el consumo de alimentos está condicionado por las creencias y hábitos alimentarios de la población, que pueden mantenerse o modificarse durante periodos determinantes, como por ejemplo durante el embarazo o la lactancia (Téllez y María, 2004).

Para Gil, Jover y Reyero (2001) las necesidades o requerimientos nutricionales son la cantidad de cada uno de los nutrientes que el individuo necesita ingerir habitualmente



para mantener un adecuado estado nutricional, asegurar el ritmo normal del crecimiento y desarrollo, prevenir la aparición de enfermedades y la necesidad mínima de un nutriente por debajo del cual aparece un estado carencial.

El individuo que sólo ingiere cantidades mínimas de nutrientes consigue sobrevivir, pero no se desarrolla plenamente, ni disfruta de una mejor calidad de vida por falta del requerimiento básico.

### **Ingesta dietética**

Gil, Jover y Reyero (2001) mencionaron que el requerimiento medio estimado de un nutriente, se considera adecuado para cubrir las necesidades de la mitad de los adolescentes sanos de un grupo de edad y género determinado.

La ingesta energética media que debe de tener un adolescente sano, mujer u hombre, debe de estar relacionado con la edad, peso, altura y nivel de actividad física que realice.

### **Ingesta dietética recomendada**

La ingesta dietética diaria requiere ser suficiente para cubrir las necesidades de nutrientes de los adolescentes sanos, mujeres y hombres. Estos nutrientes se determinan por las diferencias entre los individuos, para que puedan tener un mejor proceso digestivo y metabólico sano (Gil et al., 2001).

### **Ingesta adecuada**

Gil, Jover y Reyero (2001) mencionaron que la cantidad diaria de nutrientes que es recomendada puede estimarse, cuando no existen datos suficientes para determinar la cantidad óptima de un nutriente, en base a una población o un grupo de edad.

### **Nivel de ingesta máxima tolerante**

La cantidad máxima de nutrientes se refiere a la dosis recomendada que puede ingerir la persona, sin que exista riesgo para su salud.

## **Evaluación del estado de nutrición**

Según Jelliffe (1966) definió al estado de nutrición como un argumento cultura de la organización social, así como el poder, los roles de género y los valores dominantes. Jelliffe mencionó que existen once evaluaciones del estado de nutrición: la primera se refiere a los objetivos de la evaluación por necesidad. En este sentido, es bastante diferente de las encuestas o estudios que meramente recopilan datos o que se efectúan como parte de un programa de investigación. En la segunda se selecciona las áreas prioritarias o los grupos de acción. La tercera plantea formular o analizar los objetivos de una política en nutrición (o el componente nutricional de una política de desarrollo o sectorial). La cuarta plantea contribuir a la selección de las actuaciones o los componentes principales de un proyecto, proporcionando así las bases para la vigilancia monitoria o de evaluación. La quinta se basa en informar a los que toman decisiones, a los políticos y a la opinión pública con el fin de motivarlos, esto es, servir para hacerles “abrir los ojos”. La sexta se refiere a decidir si se realiza un informe en caso de ser afirmativo, con qué propósito y de qué tipo. La séptima es

una evaluación que no sólo consiste en la recopilación de datos y la descripción de una situación, también consiste en una explicación y una identificación de las tendencias. La octava menciona que no basta con describir una situación, si no que hace falta una explicación en base a la cual puedan buscarse soluciones. La novena se refiere a las restricciones de límite de tiempo o financieras, que limitan la selección de los datos a recopilar. Los datos que han de ser recopilados y empleados deben restringirse a un mínimo escrito, esto es, deben ser pertinentes. La décima consiste en el uso máximo de los datos existentes. La onceava se refiere a la experiencia que demuestra que los objetivos iniciales a menudo tienen que enmendarse o a veces modificarse de forma sustancial, a medida que reúnen los datos preliminares y se tiene una visión global de la situación o cuando se inician las discusiones entre los responsables de tomar decisiones y los representantes de los diferentes sectores.

### **Dieta**

Pinto y Carbajal (2006) consideraron que la dieta humana es un equilibrio nutricional que aporta nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental.

La dieta equilibrada es particular para cada individuo y se adapta a su género, edad, peso y situación de salud. No obstante, existen diversos factores (geográficos, sociales, económicos, patológicos, etc.) que influyen en el equilibrio de la dieta.

Por lo general, los alimentos no se consumen de manera aislada ni en su forma natural, con excepción de algunas frutas y verduras. La mayor parte de la alimentación está

constituida por platillos que han tenido un proceso de elaboración de diversa complejidad, en el cual se mezclan los alimentos para construir la dieta. La palabra dieta deriva del latín y del griego y significa “régimen de vida”, en otras palabras, por dieta se entiende la alimentación cotidiana, sin importar si cumple o no con los requisitos nutricios (Martínez y Esquivel, 2005).

### **Tipos de Dietas**

Fischler (1995) señaló que según el origen biológico de los alimentos, las dietas humanas contemporáneas son las siguientes: la dieta vegetariana, en la que no se consumen ni carne ni pescado, por lo que es económica. Existen diferentes tipos de vegetarianismo, desde el que no se consume ningún producto procedente de un animal, hasta aquellos en los que no se consumen productos procedentes de animales con excepción de la leche, huevos y miel. La dieta omnívora, que consiste en consumir alimentos de origen animal y vegetal y la dieta carnívora cuya base son alimentos de procedencia animal predominantemente.

### **Terapéutica dietética**

Se ha reportado que existe una relación estrecha entre la dieta y la salud. Está demostrado que la dieta constituye una poderosa herramienta para prevenir las enfermedades (Martínez y Esquivel, 2005). Cuando la salud se ve dañada es favorable una dieta adecuada y tiempo de recuperación. En ese sentido, los lineamientos actuales para prevenir problemas de salud consisten, de manera básica, en limitar la ingesta de grasas saturadas hasta un máximo de 30% de las calorías totales, así como consumir más frutas,

verduras, hortalizas y fibra. También se requiere aumentar la ingesta de hidrato de carbono complejo de absorción lenta, como los que se hallan en la papa, la harina y las legumbres; así como la consecuente disminución de los hidratos de carbono simples.

### **Alimentos necesarios que corresponde a una dieta básica**

Martínez y Rodríguez (2002) mencionaron que los alimentos necesarios en la vida diaria, para los requerimientos del organismo, son los alimentos que ayudan al crecimiento por la proteína que contienen (el pescado, la carne, los huevos, legumbres, entre otros), los alimentos con gran aporte energético por los hidratos de carbono (la pasta, el pan, el arroz) y los alimentos ricos en vitaminas que se encuentran en las frutas y verduras.

Según Salas (2008) las principales vitaminas son la vitamina A, que está relacionada con la vista, la vitamina B, interviene en las reacciones químicas, la vitamina C, es esencial para el crecimiento de muchos tejidos, la vitamina D, interviene en el crecimiento, la vitamina E, es necesaria para la fertilidad y la vitamina K, para la coagulación de la sangre.

Las vitaminas permiten al organismo utilizar los demás nutrientes como las proteínas, el hidrato de carbono y desarrollar por lo tanto sus funciones de modo adecuado. Las vitaminas son sustancias sin valor energético a las cuales se les han denominado reguladores. Las vitaminas y los minerales necesarios en cantidades muy pequeñas para el cuerpo, son imprescindibles para el correcto funcionamiento del metabolismo en general (Salas, 2008).

## **Desarrollo fisiológico**

Durante el primer año de vida el aparato digestivo alcanza su desarrollo fisiológico, por lo tanto es diferente en los niños mayores y adultos. Por ello es importante establecer normas al iniciar la introducción de la alimentación complementaria o ablactación (Téllez y María, 2004).

Las investigaciones en psicología han buscado explicar y describir los procesos del desarrollo, para poder identificar los mecanismos que permiten el pasaje de un estadio de desarrollo a otro (Valsinier, 1991).

Dessen y Domínguez (2005) mencionaron que el desarrollo fisiológico significa cambios que persisten en el transcurso del tiempo, así como también los aspectos que permanecen continuos a lo largo de la vida y que permiten las transiciones de un nivel de existencia.

Lerner (1997) señaló que el desarrollo fisiológico puede ser central, estable, fijo y uniforme. Por tanto, el cambio y la organización del sujeto sólo se comprenden como el resultado del factor biológico y los trastornos alimenticios que influyen en sí mismo en el sujeto.

### **Pubertad temprana**

Quick, Byrd y Neumark (2013) indicaron que la pubertad temprana, en los individuos del sexo femenino, puede ser un factor que predisponga a la aparición de los trastornos alimenticios. Mientras que en los adolescentes varones a temprana edad la tendencia es comer comidas apropiadas a su peso corporal.

Baile et al. (2003) señalaron que los hombres tienden a subir más de peso que las mujeres, por lo cual pueden incrementar mayor satisfacción al comer y también pueden generar culpa o inseguridad en ellos mismos.

La pubertad temprana, tanto en hombres y mujeres, desencadena la acción de hormonas esteroideas que influyen en las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales, y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal (Culbert et al., 2009).

### **Género y adolescencia**

Según Bearman (2006) la estructura corporal en los adolescentes se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión en sus relaciones interpersonales por ser delgadas, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal. Mientras que en los hombres tienden a padecer de síntomas de trastornos del comportamiento alimentario, ansiedad, actuar impulsivamente en respuesta a una situación de sufrimiento, preocupación por el control o la pérdida de peso, lo cual

sugiere que los mecanismos físicos y psicosociales se ven afectados por la madurez sexual a temprana edad.

### **Autoimagen**

La palabra autoimagen es el concepto que se emplea en nuestro idioma para designar aquella imagen que alguien dispone de sí mismo, o bien a la representación que surge en la mente sobre uno. La autoimagen que cada cual conformamos incluye no solamente el aspecto físico, o sea las características exteriores, sino también todas aquellas cuestiones vinculadas al interior de la persona como ideas, opiniones, sentimientos, entre otras cuestiones, que van determinándose con el correr de las situaciones, elecciones y decisiones que se toman o suceden en la vida. La autoimagen se divide en tres clases: la autoimagen que es el resultado de cómo las personas se ven a sí mismas, la autoimagen que resulta de la manera en que otros ven a la persona y la autoimagen que resulta de lo que percibe la persona de lo que los demás piensan de él o ella (Russek, 2007).

Por otra parte, la autoimagen que el individuo se forma de sí también dispone de un componente muy amplio de comentarios sugeridos por los otros desde que se es pequeño. Así, quien ha recibido severas y duras críticas durante la niñez, específicamente por parte de una autoridad familiar significativa, como pueden ser los padres, seguramente dispondrá de una autoimagen poco valorada (Russek, 2007).

Garfinkel et al. (1990) definen a la autoimagen como un conjunto de percepciones organizadas jerárquicamente de forma coherente y estable, aunque también susceptible de



cambios, que se construye por interacción a partir de las relaciones interpersonales. El constructo autoimagen incluirá ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí mismo, e imágenes que los demás tienen del individuo.

La autoimagen en la infancia y en la adolescencia puede estar especialmente condicionada por la propia imagen corporal. La imagen corporal es importante, dado que la primera impresión que tenemos de las otras personas es a través de su apariencia física, esto se incrementa más durante la adolescencia (Siegel et al., 1995).

Muchos adolescentes se inquietan y preocupan por su cuerpo. Los cambios rápidos que experimentan no dejan de producirles cierta perplejidad, extrañeza y cierta inquietud. El crecimiento desproporcionado de sus extremidades, las espinillas en las chicas, el cambio de voz en los chicos y todos los cambios físicos, les hace sentir su cuerpo como ajeno a sí mismos, encontrándose en la necesidad de reelaborar el propio esquema corporal (Gismero, 1996).

Además, la ansiedad generada por los cambios corporales, se ve reforzada por los poderosos medios de comunicación social que presentan un cierto ideal físico del hombre y de la mujer. Estereotipos que se presentarán como necesarios para triunfar en la vida, según los cánones de belleza del momento. Auto-aceptarse como uno es, es la condición fundamental de la autoestima y la autorrealización. Esta aceptación, señala Fischler (1995), hecha con lucidez, sinceridad y valentía, constituyen el fundamento de una vida sana.

El término autoestima es sin duda uno de los conceptos más ambiguos y discutidos en el ámbito de la psicología. La autoimagen es el valor relativo que el individuo posee de sí mismo.

Musitu (1995) definió la autoimagen como un concepto que uno tiene de sí mismo, a partir de las cualidades que el propio sujeto se autoatribuye.

### **El estereotipo social de la belleza**

Baile et al. (2003) indicaron que a partir de 1960 aproximadamente, en el ámbito médico se decidió que ser obeso no era saludable. Se buscó indicarles a las personas cómo llevar una mejor calidad de vida, pero también nació la industria de las dietas, la preocupación por la delgadez y la dictadura de la silueta.

Las personas que sufren de desórdenes alimenticios encontraron, frente a la demanda de la imagen de belleza, un objetivo: adelgazar.

En la sociedad contemporánea existe preocupación por la comida, las dietas y el talle. Se considera como ideal el cuerpo esbelto y hay una creencia de que la gordura es mala. La delgadez se asocia con belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, etc. Ésta aparece como la solución salvadora, marcando como la clave social del éxito desde los medios de comunicación. Muchas personas suponen que una silueta delgada es el ideal a alcanzar, con el estereotipo de los modelos que presentan la publicidad, resultando

muchas veces imposible alcanzar para la estructura física de algunos individuos. Este deseo de adelgazar supone un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por ser aceptado y no rechazado (Baile et al., 2003).

En la sociedad actual prevalecen las exigencias de una apariencia física delgada, los estereotipos culturales han llevado a crear una auténtica cultura de ésta. Se le ha concedido una enorme importancia al estereotipo social de un tipo de imagen de belleza, lo que ha supuesto que el prototipo social de ésta se considera como objetiva, sin considerarse la subjetividad e interpretación personal y social. Por lo que se considera que la belleza está basada en razones estéticas. Este supuesto implica que se niegue que existe interés económico, ideológico o que no hay ninguna otra posibilidad en la concepción de lo bello, más que el establecido. Si bien el prototipo de belleza está muy presente en la cultura occidental, el estereotipo que implica ha ido modificándose a través de la historia y se vincula en última instancia con la sexualidad y con emociones como el amor. Por lo que este prototipo implica la idea de que cuanto más bella sea una persona, más atractiva será sexualmente. En la actualidad aun que se ha venido vinculando a la belleza con la salud, cuestión que tiene importancia en los adultos, no siendo así en adolescentes (Gismero, 1996).

### **Anorexia nerviosa**

La palabra anorexia (del vocablo griego anorektous) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito. En la anorexia nerviosa no existe en realidad dicha falta,

sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Se trata de un trastorno psicológico de creciente trascendencia sanitaria (Toro y Vilardell, 1989).

Ha habido una progresiva trascendencia sociológica tras la alarma social que ha despertado esta enfermedad durante la década de los noventa. Crispo, Figueroa y Guelar (1996), encontraron conductas que afectan directamente al cuerpo y reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual, en cuanto a la personalidad y la maduración.

Toro y Vilardell (1989) definieron la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal superior al 15%, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de no comer.

García (1993) definió la anorexia como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgado o delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Para Way (1996) es una adicción como cualquier otra, en la cual estar delgada o delgado es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla. La base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, situación que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos tanto femeninos, como masculinos.

Según Garfinkel y Garner (1982) las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad; no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual.

Tschirhart y Donovan (1985) afirmaron que la causa fundamental desencadenante de la anorexia es la falta de autoestima personal y plantearon como condición básica para lograr la recuperación de una anoréxica nerviosa, el conseguir desarrollar en la persona un saludable sentido de auto apreciación con el que pueda superar el vacío.

Por otro lado, Gismero (1996) en el terreno de la clínica mencionó que la mayoría de trastornos simples o complejos conllevan, por parte de quienes los padecen, dificultades para interactuar adecuadamente con otras personas; por lo que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas tan variados como las fobias, la depresión o los trastornos esquizofrénicos.

### **Trastornos del ritmo en la anorexia nerviosa**

Vásquez et al. (2003) mencionaron que estos trastornos del ritmo de la anorexia son uno de los hallazgos más frecuentes en los pacientes que padecen este trastorno. Se trata de uno de los factores más importantes que contribuyen al riesgo de taquicardia ventricular polimórfica.

La taquicardia también se asocia con un aumento de tono vagal, que se demuestra por un aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que además es también reversible al recuperar peso.

Vásquez et al. (2003) propusieron que la anorexia nerviosa es una enfermedad que puede presentar complicaciones cardíacas potencialmente letales. Por ello, la presencia de dicha enfermedad requiere, además del tratamiento psicoterapéutico, una evaluación cuidadosa durante su evolución para prevenir complicaciones potencialmente graves hacia la integridad física de los individuos.

### **Características de la anorexia**

En cuanto al género, según Carrobles (1988) la anorexia se presenta principalmente en el sexo femenino y en menor proporción en el sexo masculino. El avance de la anorexia nerviosa puede ser variado, algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición, con la posibilidad de desembocar en estados caquéticos y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico.

La anorexia se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin obesidad acusada, solamente con discreto sobrepeso. La búsqueda de la delgadez se vuelve para ellos el centro de su vida. Este estilo de pensamiento extremo los

lleva a una disciplina muy rígida en la dieta, cuyo éxito le da un sentido de eficiencia a sus vidas y la sensación de tener un núcleo de personalidad propio (Calva, 1992).

Por lo general, estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico (hidrato de carbono y grasa) y muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, que bordea el ayuno, limitada a unos pocos alimentos.

El hablar del ejercicio físico excesivo es también típico. Por lo cual no reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad. El ejercicio es parte de esa autodisciplina para no convertirse en un obeso (Arcenta y Javier, 2006).

La pérdida de peso que se da en la persona con anorexia, reduce la cantidad de calorías que se ingieren y se requieren para una dieta saludable por día, aunado a que cada vez más los sujetos se preocupan por la comida. Es esta preocupación lo que acrecienta su miedo a no tener control sobre su apetito (Perpiñá, 1989).

Para Kaplan y Sadok (1987) la anorexia nerviosa significa la pérdida de apetito en las personas que sufren de este trastorno. Se niegan a ingerir comida para conseguir la delgadez, aunque la sensación de hambre puede estar presente. Esto ocurre no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante éste padecimiento.

Por lo general, sólo pierden el apetito cuando están en pleno estado de adelgazamiento. La pérdida de peso puede ser paulatina, de forma tal que se produce una

adaptación a la malnutrición, pero muchas personas anoréxicas se vuelven débiles si la pérdida de peso es progresiva y tienden a ser además hipoactivas.

Bliss (1982) señaló que las personas con anorexia nerviosa se destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tiene un límite calórico muy restrictivo.

Mora y Raich (1993) han destacado que la mitad de las personas con este problema de anorexia nerviosa y la bulimia, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atracción", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido, al principio de este trastorno. Lo realizan introduciéndose los dedos en la boca tras la comida, pero más tarde pueden aprender a vomitar sin la ayuda de los dedos. Esto puede producir con el tiempo erosión dental.

En el estudio realizado por Ochoa, Puente y Grana (1990) sobre las características de la anorexia, mencionaron que es restrictiva y compulsiva y señalaron, además, que la anorexia compulsiva tiene antecedentes acerca de la obesidad, ya que se encuentra con más frecuencia en la existencia de una madre obesa con las hijas que tienen tendencia a mostrar mayor aislamiento social y sexual (Holtz y Tena, 1995). Por lo que, las anoréxicas con amenorrea primaria tienen mayor temor a la madurez que otras con anorexia y amenorrea secundaria, y las pacientes muy jóvenes con anorexia negativa tienen mayor depresión y ansiedad que las anoréxicas mayores, tanto negativas como compulsivas purgativas.

Douglas (1997) sostuvo que sobre las características de género de la anorexia por parte de los adolescentes, está influida en las mujeres por la menstruación, ya que casi



siempre regresa con un aumento de peso cuando el contenido de masa corporal llega al 22%. Los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles.

Según Douglas (1997) entre las anoréxicas existe una alteración de la percepción de peso y silueta corporal, sintiéndose que están obesas a pesar de estar delgadas. Así mismo, también tienden a estar preocupadas por sus partes del cuerpo, ya que existe una alteración sobre su imagen corporal.

El concepto imagen corporal se aplica a una imagen distorsionada que tiene en mente la persona con trastorno de anorexia. También los sentimientos son aspectos muy importantes para los adolescentes hacia su mismo cuerpo que influirá en dicha imagen (Calva, 1992).

### **Factores que influyen a la anorexia nerviosa**

Casper (2002) mencionó que no existe una causa específica del trastorno de anorexia nerviosa, pero sí es un producto de factores que pueden separarse en tres grupos diferentes: el factor biológico, factor psicológico y el factor sociocultural.

#### **Factor biológico**

Dentro de este factor biológico el riesgo más estudiado es el factor genético ya que, como lo señala Hertweck (1995), la tasa de relación entre gemelos es mayor que la de los

mellizos. La anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con este trastorno. Así mismo Hertweck mencionó que las personas anoréxicas heredan una cantidad de narcóticos naturales, ya que son descargados en condiciones de debilidad y que promueven una adicción al estado de hambre.

Entre las anormalidades que genera la anorexia, están las afectaciones a las glándulas pituitarias y del hipotálamo. Las investigaciones sobre la anorexia se han centrado en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino de las personas con trastornos del apetito (Ash y Pizza, 1995). Se ha encontrado que el hipotálamo ordena el funcionamiento de la hipófisis y las personas con daño en esta estructura tienden a exhibir síntomas de anorexia. Estas anormalidades del hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroides relacionadas con el estrés, por lo que estimulan el área del apetito, el cual se reduce en las personas con anorexia.

Para Biebl y Kinzl (1996) el factor biológico se puede expresar como un problema durante el embarazo o después del nacimiento, ya que pueden existir infecciones, traumas, bajo peso al nacer, los cuales están asociados a una mayor incidencia de la anorexia.

### **Factor psicológico**

Las personas con trastornos del apetito comparten algunos rasgos: temen perder el control y engordar y tienen una autoestima baja. Aunque los resultados no sean concluyentes, algunas investigaciones han encontrado tres tipos de trastornos de la

personalidad entre los subgrupos de las personas con anorexia (Fukudo y Hongo, 1995; Overduin, Cansen y Louwerse, 1995) los cuales son: trastorno de personalidad por evitación, personalidad limítrofe y trastorno de ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo.

Respecto al primero, el trastorno de personalidad por evitación, se he encontrado que la tercera parte de los anoréxicos presentan personalidad por evitación, esto es, tienden a ser perfeccionistas tanto en lo sexual como en lo emocional (Fukudo y Hongo 1995). Para ellos el conseguir ser perfeccionistas implica lograr un objetivo. Parte de esta necesidad de perfección es la imagen de delgadez, la que nunca pueden alcanzar.

Respecto a la personalidad limítrofe Siegel et al. (1995) indicaron que casi el 40% de las personas con anorexia presentan este tipo de personalidad limítrofe, por lo que suelen tener humor, patrones de comportamiento y autoimagen inestables. Temen que los abandonen, no soportan estar solos y tienen dificultades para controlar sus impulsos. Entre un cuarto y un tercio de las personas anoréxicas de tipo compulsivo, tienen síntomas impulsivos. Así mismo, se ha descrito a los individuos con esta personalidad como causantes del caos a su alrededor, al usar armas emocionales de tipo de explosiones de ira, intentos de suicidio e hipocondría. Además, idealizan a los demás y, a menudo, se sienten defraudados y rechazados (Inui et al., 1996).

El trastorno de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo están presentes con una frecuencia alta en personas con anorexia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo habitualmente preceden al inicio de los trastornos del comportamiento alimentario, mientras que el trastorno de pánico tiende a seguirlos. Las fobias sociales, en las que una

persona siente temor de ser humillado en público, son comunes en el mismo, ya que el trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra en un 69% en los pacientes con anorexia (Gotestam y Agras, 1995).

Por lo tanto, el factor psicológico es el más relevante para explicar la vulnerabilidad de las personas para padecer anorexia. Es decir, son vulnerables las personas con baja autoestima, inseguras, demasiado perfeccionistas, con auto-exigencias muy altas, preocupadas por la opinión de los demás y con poca habilidad para las relaciones personales. Puede haber también factores externos o circunstanciales de fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, cambios de colegio o de ciudad, que pudieran disparar el inicio de la enfermedad.

### **Factor sociocultural**

Para Fukudo y Hongo (1995) el factor sociocultural del trastorno de anorexia nerviosa se refiere al sector de la población que se siente demasiado obeso. Estas conductas alimentarias al ser patológicas pueden ser epidémicas en algunos países. Por lo que este trastorno se considera un pilar influyente en los trastornos del comportamiento alimentario, en sectores sociales y zonas geográficas cada vez más extendidas.

Socialmente el ideal cultural respecto a la actividad física generalmente se presenta como una actitud equivocada respecto a la actividad y la ingesta de comida, ya que en algunos países la gran actividad física es evaluada como digna de admiración, con una alta demanda social que pocos la pueden alcanzar. En el caso de la anorexia el ejercicio

excesivo realizado por los atletas juega un papel primordial. El término tríada atleta se usa para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos de la alimentación y osteoporosis, que se vuelve un problema común y en aumento entre atletas y bailarinas jóvenes. La anorexia retrasa la pubertad, permitiendo retener una forma muscular masculina a la mujer, sin la acumulación fisiológica de tejido graso en pechos y caderas, que podría desajustar su competitiva figura. Las personas con trastornos de la personalidad son vulnerables a estas críticas, lo que las lleva a perder mucho peso, ocasionando desde la incertidumbre hasta que la muerte, en algunos casos (Cooke y Chambers, 1995).

### **Criterios para definir la anorexia nerviosa**

La clasificación del DSM-IV no describe adecuadamente los síntomas cardinales de la anorexia nerviosa, debido a la falta de evidencia empírica que apoye a la terminología de ciertos criterios, proponiendo solamente algunas alternativas que permiten una mejor integración de las hipótesis derivadas desde la perspectiva biológica, que apunten a la nosología y la sintomatología de este desorden alimenticio (Hebebrand et al., 2004).

En el DSM-V los actuales criterios y propuestas subsanan algunas de las principales dificultades para la descripción de este trastorno, el cual incluye los siguientes criterios:

El primero es la restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conllevan a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños o adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y altura. El segundo criterio es el

miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o en una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso por este temor llegando a estar por debajo del peso normal. El tercero es la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que implica el bajo peso corporal actual. El último criterio de la anorexia nerviosa se refiere a que se elimina el criterio de amenorrea.

### **Tipos específicos de la anorexia del DSM-V**

Tipo restrictivo: además de la restricción excesiva de alimento, durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no tiene regularmente episodios de atracones o purgas, (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: además de la restricción excesiva de alimento, durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

### **Señales de alarma**

Hofstadter y Carlos (2006) mencionaron que las señales de alarma de la anorexia nerviosa son aquellos comportamientos que se relacionan con el trastorno de conducta alimentaria. No se tratan de criterios diagnósticos y, por tanto, no confirman la enfermedad en sí mismas. Así mismo, estos autores mencionaron que existen cuatro tipos de señales de alarma. La primera se debe a la relación que existe con la alimentación, tales como: la

utilización injustificada de dietas restrictivas, estado de preocupación constante por comida, interés exagerado por recetas de cocina, sentimiento de culpa por haber comido, comportamiento alimentario extraño (velocidad de ingesta, comer derecho, etc.), levantarse de la mesa y encerrarse en el baño después de cada comida, evitar comidas en familia, aumento de la frecuencia y cantidad de tiempo que está en el baño y encontrar comida escondida, por ejemplo, en su habitación. La segunda señal de alarma se refiere a la relación del peso, como son: pérdida de peso injustificada, miedo y rechazo exagerado al sobrepeso, práctica de ejercicio físico de forma compulsiva con el único objetivo de adelgazar, práctica del vomito auto inducido, consumo de laxantes y diuréticos, amenorrea. La tercera se debe a la relación de la imagen corporal, como son: percepción errónea de tener un cuerpo grueso e intentos de esconder el cuerpo con ropa ancha. La cuarta es la relacionada al comportamiento, como son: alteración del rendimiento académico o laboral, aislamiento progresivo, aumento de la irritabilidad y agresividad, aumento de los síntomas depresivos, comportamientos manipulativos y aparición de mentiras.

### **Síntomas Físicos**

Para Kaplan y Sadok (1987) señalaron que algunos síntomas de la anorexia se deben a la mala adaptación sexual. Por su parte, Aquilino (1993) refirió que muchos adolescentes, con el desarrollo sexual retrasado, tienen con frecuencia marcada la disminución del interés por el sexo al comienzo de esta enfermedad. Así mismo, la realización de la dieta les permite interrumpir el desarrollo y tratar de evitar la pubertad, o sea, que su apariencia física se quede en una imagen de preadolescentes, que los defiende de asumir el papel de adulto con sus responsabilidades y cambios en la forma del cuerpo, para lo cual no se

encuentran preparados. Según Ochoa, Puente y Grana (1990) mencionaron que también estos síntomas se deben a un aislamiento o buscan compañía de personas más jóvenes.

En un estudio realizado por Hus (1989) encontró que los síntomas y el funcionamiento interpersonal, la rigidez, la obsesión y la dependencia de la familia son característicos de un estado de ánimo que es vulnerable. Por lo que son comunes los sentimientos de abandono, depresión y ansiedad. Por otra parte, se presenta una baja autoestima en este trastorno, lo cual está en estrecha relación con el miedo a perder el control sobre si mismo, reflejando la desconfianza personal (Calva, 1992). Según Perpiñá (1989) la desconfianza se apoya en sistemas de referencia externa, es decir, presentan perfeccionismo excesivo, auto-exigencia, sumisión y obediencia hacia figuras de autoridad.

O'Mahony y Hollwey (1995) afirmaron que los pacientes con anorexia nerviosa experimentan una significativa reducción del sueño durante la noche.

Núñez, Moreira y Carvajal (1995) indicaron que las consecuencias físicas de la desnutrición, así como el frecuente uso de diuréticos y laxantes, afectan habitualmente todo el sistema digestivo. Por lo que, el paciente con anorexia nerviosa, desde un punto de vista nutricional, puede presentar una ingesta deficitaria de minerales, así como de calcio, hierro y zinc. Para Douglas (1997) los valores séricos altos de caroteno, vitaminas A, B, C y E aparecen en medidas deficitarias en pacientes con anorexia nerviosa.



## **Bulimia nerviosa**

Soundy et al., (1980) definieron bulimia nerviosa como una intensa preocupación por la comida, que se puede presentar como ingesta de importantes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo seguido de desmayos o, como otra variante, donde se presenta el vómito. Chinchilla (1995) definió la bulimia nerviosa como un episodio recurrente de atracones de comida seguidos por la provocación del vómito, que ocurre al menos dos veces por semana, acompañados también de un sentimiento de que no se puede controlar la manera de comer.

Attie y Brooks (1989) especificaron que la bulimia es un trastorno que constituye un preocupante problema de salud, que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino y es más frecuente que la anorexia nerviosa.

De acuerdo con el DSM-V las características esenciales de la bulimia nerviosa son los atracones y los métodos compensatorios inapropiados, como son el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, los diuréticos u otros medicamentos, pudiéndose presentar también como ayuno o el ejercicio excesivo. Esto se hace con el fin de evitar la ganancia de peso, utilizado estos métodos en promedio dos veces a la semana, durante un período de tres meses. Además, la autoevaluación de los individuos con bulimia nerviosa se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal que los medios de comunicación ponen como ideal a adelgazar. Basados en dicha preocupación de este trastorno, se tiende a presentar un patrón de ingesta hipocalórico o de dieta restrictiva. De acuerdo con el comportamiento, el DSM-V describe dos tipos de bulimia: el primero es el purgativo,

incluye la auto provocación del vomito o el uso de laxantes, diuréticos o enemas. El segundo es el no purgativo, que utiliza otros tipos de conducta compensatoria como el ayuno o el exceso de ejercicio.

Según Kaltiala (1999) la bulimia nerviosa se define como un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce de forma compulsiva, un ciclo de atracón. Empieza generalmente en mujeres adolescentes, cuando intentan dietas restrictivas que fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos, los pacientes se purgan vomitando, tomando laxantes o diuréticos. En otros casos, realizan dietas severas o ejercicio físico intenso para compensar el atracón.

### **Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-V**

Para el DSM-V los criterios de la bulimia nerviosa enfatizan la presencia regular y recurrente de episodios de sobre ingesta voraz (atracones), acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo. Estos criterios de la bulimia nerviosa se presentan con atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (ej. dos horas), en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

También en el trastorno o la bulimia nerviosa se da la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (e.g., no poder parar de comer o no poder controlar el

tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo). Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio una vez a la semana, durante al menos un periodo de tres meses. Así como también se presenta la autoevaluación, la cual se encuentra indebidamente influenciada por la forma corporal y el peso del cuerpo de la persona evaluada subjetivamente y con distorsiones perceptuales y psicológicas.

González (2004) refirió que los criterios de la bulimia nerviosa son muy importantes, ya que este tipo de pacientes con peso normal recurren a atracones o purgas que pueden clasificarse en dos categorías: la primera se refiere a los pacientes de peso normal, que no han padecido anteriormente algún cuadro de anorexia nerviosa y la segunda, los pacientes con una historia previa de anorexia nerviosa.

La bulimia nerviosa implica alteraciones psiquiátricas que se presentan como conductas predominantes tanto en la propia bulimia como en los atracones de comida. Estos atracones se definen como ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y sin periodo de tiempo. Por lo que el dolor o las molestias abdominales de los adolescentes son provocados a causa de vómitos auto inducidos (García, 2007).

Generalmente después del atracón aparecen sentimientos de culpa, depresión o disgusto consigo mismo. Suelen utilizar purgantes con la finalidad de controlar su peso y presentan un patrón alimentario de alternancias de atracones y ayunos. La comida consumida normalmente durante un atracón tiene un alto contenido calórico y una textura que facilita la ingestión rápida (DSM-V).

## **Características de la bulimia nerviosa**

Abraham y Llewellyn (2005) mencionaron que las características de la bulimia nerviosa centralmente son los síntomas físicos, conductuales y cognitivos que padece cada persona con este trastorno.

Los síntomas físicos relacionados a este trastorno son: dolores de cabeza, pérdida de esmalte dental debido a los vómitos, reglas irregulares, pérdida de cabello, vómitos y diarreas, fluctuaciones del peso, mareos, callosidades en la parte dorsal de las manos, estreñimiento, debilidad muscular por calambres y parestesias.

Los síntomas conductuales relacionados al trastorno son: ciclos de dieta-atracón, descontrol de impulsos, comportamientos desordenados, conductas purgativas, falta de habilidad para resolver problemas, bajo control emocional, conducta alimentaria extraña (comer a escondidas e ingerir gran cantidad de comida), pesarse frecuentemente, evitación de exposición de cuerpo (se esconden en ropa amplia, visten de negro, evitan lugares como playa o piscinas) e interés por temas relacionados con la nutrición y el peso.

En los síntomas psíquicos o alteraciones cognitivas de este trastorno se puede presentar la lectura del pensamiento (e.g., “cuando un chico (a) me mira, sé que está pensando que estoy gorda”), pensamiento dicotómico (e.g., “si no estoy delgada, entonces estoy gorda”), catastrofismo (e.g., “me he comido un caramelo, no tengo fuerza de voluntad, soy débil”), pensamiento mágico (e.g., “si bajo de peso podré ser admirada por mis amigas, porque estaré delgada”), generalización excesiva (e.g., “me he salido de la

dieta, nunca podré llevarla bien”), desconfianza hacia los demás, pocas habilidades sociales y autoestima baja.

Sierra (2005) señaló que las características que se presentan por lo general, en la bulimia nerviosa, comienzan con un periodo de régimen dietético. En este trastorno la mayoría de los episodios que presentan atracones están seguidos por el vómito inducido y, como menor frecuencia, el uso de laxantes. La minoría de las personas bulímicas emplea diuréticos para controlar su peso.

### **Factores presente en la bulimia nerviosa**

Brewerton et al. (2004) mencionaron que existen factores predisponentes, precipitantes y perpetuanes en la bulimia nerviosa.

Respecto a los factores predisponentes Katzman et al. (2000) señalaron que en la bulimia nerviosa estos son genéticos, biológicos, el entorno familiar, los efectos adversos del medio ambiente, las alteraciones psiquiátricas, la presión social y cultural. Estos factores se pueden identificar por grupos de alto riesgo como son la bulimia, el abuso físico o sexual durante la infancia.

Rorty et al. (2000) afirmaron que la pubertad temprana ha sido considerada también como factor predisponente. Debido a que la pubertad es un período del desarrollo en donde característicamente hay un aumento de la grasa corporal. Este factor favorece a que los

adolescentes que maduran más tempranamente, sean particularmente susceptibles a comprometerse en conductas no saludables para controlar su peso.

Como factores precipitantes se encuentra lo expuesto por Neinstein (2002), quien refirió que los adolescentes tienden a un desarrollo físico más tempranamente, y con esto desarrollan una cantidad mayor de sentimientos de disconformidad e insatisfacción, a medida que el porcentaje de grasa corporal aumenta.

Respecto a los factores precipitantes, Brewerton et al. (2004) mencionaron que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los trastornos del comportamiento alimentario son influenciadas por presiones socioculturales. Por ejemplo, los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales están centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes. Sin embargo, pocos estudios han investigado los efectos de estas presiones en relación con la edad o la etapa de la vida.

Los factores perpetuantes se refieren a la preocupación del peso y la internalización del ideal de la delgadez. La preocupación del peso se refleja en el deseo de los adolescentes de un cuerpo ideal, delgado y musculoso (Brewerton et al., 2004).

Al respecto Bearman et al. (2006) realizaron un estudio donde encontraron que el 71% de los niños y adolescentes tienen miedo a engordar, el 67% de ellos estaban preocupados por el peso y el 51% de la forma corporal. Se sugirió que la internalización de los ideales de la belleza en las niñas y adolescentes los pone en riesgo de insatisfacción corporal y de conductas de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, cuando no se

logra el peso deseado. De acuerdo a este estudio, las adolescentes que querían estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a desarrollar actitudes alimentarias negativas en comparación con sus compañeras que no tenían este deseo. Contrariamente a estos resultados, no encontraron ninguna asociación significativa entre la internalización del ideal corporal y el aumento del nivel de la insatisfacción corporal. Además, aproximadamente el 19% de los niños y niñas que cumplían los criterios de definición de caso de los trastornos del comportamiento alimentario, no mostraron preocupación por la forma del cuerpo o el peso, ni temor a la ganancia de peso.

### **Complicaciones médicas**

Stunkard y Allison (2003) señalaron que los pacientes con bulimia nerviosa que se inducen el vómito y abusan de purgantes y diuréticos, son susceptibles a padecer una alcalosis hipotasémica, la cual consiste en una reacción del riñón a una deficiencia o pérdida extrema de potasio, que puede ser provocada por el uso de algunos medicamentos diuréticos, presentando alteraciones electrolíticas.

Es importante recordar que el ayuno puede provocar deshidratación, lo que produce una reducción del volumen, esto a su vez provocaría la generación de aldosterona hormona esteroidea que actúa en la conservación del sodio, secretando potasio e incrementando la presión sanguínea y, por tanto, mayor secreción de potasio por parte de los riñones como reacción directa al vómito auto inducido. Los pacientes con alteraciones electrolíticas muestran síntomas físicos de debilidad y, en ocasiones, arritmias cardíacas que pueden derivar en un paro cardíaco súbito (DSM-V).

Toro (1999) mencionó que los adolescentes con bulimia nerviosa presentan graves desgastes y erosiones de la dentadura, que provocan sensibilidad irritativa, pérdida de la integridad de los arcos dentales, disminución de la habilidad masticatoria y aspecto antiestético.

Al intentar auto inducirse el vómito la persona bulímica puede producir daños en el esófago, a consecuencia de este desgarramiento puede causarse ciertas complicaciones de shock, que deben ser tratadas por personal médico o quirúrgico especializado. Los dolores abdominales agudos, en pacientes bulímicos, deben alertar al médico de un posible diagnóstico de dilatación gástrica (Toro y Vilardell, 1989).

### **Tratamiento de la bulimia nerviosa**

Silber y D'Ángelo (1991) describieron la bulimia como una enfermedad con varias formas de presentación clínica, con múltiples complicaciones y comorbilidades asociadas. El tratamiento debe tener en cuenta aspectos biológicos y psicosociales. El médico desempeña un papel crucial en el diagnóstico y el psicólogo en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Silber y D'Ángelo recomendaron un enfoque clínico sistemático que incluye: establecer el grado de gravedad con que se presenta la patología, evaluar y tratar los déficits nutricionales hallados, establecer diagnósticos diferenciales, decidir si es necesario o no la intervención, explicar con lenguaje comprensible al paciente y a su familia en qué consiste la enfermedad y su tratamiento, educar al paciente y su



familia sobre como adoptar hábitos saludables y coordinar un equipo multidisciplinario de tratamiento.

Biológicamente los efectos de la mala nutrición, la ingestión compulsiva de alimentos, los vómitos, la utilización de laxantes o diuréticos, así como el ejercicio intenso, desencadenan una cascada de cambios corporales que no sólo amenazan la vida, sino que también provocan una regresión en el desarrollo y, eventualmente, conducen a cambios en el pensamiento y hasta en el sentimiento que define la identidad. Por ende, es esencial ocuparse del estado nutricional. Es importante también reducir la acidez gástrica, para disminuir el riesgo de esofagitis, así como derivar a un odontólogo a este tipo de paciente, para asegurar la vigilancia y tratamiento odontológico (Silber y D'Angelo, 1991).

El tratamiento psicoterapéutico es importante para lograr la recuperación del paciente. En diferentes estudios se ha encontrado que el enfoque cognitivo conductual es uno de los más efectivos para el tratamiento de la bulimia nerviosa (Borrego, 2002).

Walsh et al. (1997) mencionaron que el éxito de la terapia cognitiva se atribuye a que su objetivo no sólo es la conducta patológica, sino también el desorden cognitivo que lleva a ella. Este tipo de terapia se basa en el hecho de que la interrupción o la acción exclusiva sobre la conducta no son suficientes. El tratamiento generalmente se desarrolla a lo largo de tres etapas, cada una de ocho sesiones. Como toda terapia cognitiva, este tratamiento semiestructurado, orientado hacia el problema principal y ocupado principalmente en el presente y el futuro del paciente más que en el pasado. Así mismo, se focaliza sobre los factores y procesos que mantienen y perpetúan el problema, más que en

los que actuaron en su desarrollo inicial. El tratamiento debe de ser interactivo y con responsabilidades delegadas al paciente.

Mediante la intervención del psicólogo, los pacientes deben identificar que puede ocasionar un episodio bulímico y buscar otras alternativas de resolución. Los estímulos desencadenantes pueden identificarse como una manera de evitar la ansiedad. Por ejemplo, tienen que realizar una tarea importante, entonces prefieren el atracón en vez de realizar la acción o, tal vez, posponer para calmar su ansiedad; manejar el estrés secundario a nuevas actividades, particularmente en las relaciones sociales; posponer las relaciones sexuales y solicitar atención de aquellos que, según el paciente, hicieron que llegara a esa situación (Boskin y Whuite, 1987).

En este tratamiento el terapeuta proveerá información, hará de guía y soporte y alentará al paciente. Durante una primera etapa se pone énfasis sobre la mirada cognitiva de lo que mantiene la conducta bulímica y se intenta reemplazar los atracones por un patrón estable de alimentación, para evitar el movimiento pendular de pasar de una dieta restrictiva que ocasione hambre y que provoca un nuevo atracón. En la segunda etapa, se intenta establecer con más firmeza un patrón sano de alimentación con énfasis sobre la eliminación de las dietas poco saludable. En este paso se utiliza más la terapia cognitiva, tratando de evaluar sentimientos, valores, creencias y pensamientos que provocan y mantienen el problema. El último paso está enfocado en la capacidad de mantener los cambios logrados con el tratamiento cuando éste finaliza (Boskin y Whuite, 1987).

Boskin y Whuite, (1987) mencionaron que existen otros tipos de tratamientos, como puede ser la psicoterapia individual, de familia y de grupo, los cuales no se han evaluado en forma sistemática, pero se han considerado favorables.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha observado que la administración de diferentes antidepresivos resultaron útiles en el tratamiento de la bulimia, entre ellos están los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la mono amino oxidasa, la cual, está localizada en la mitocondrias de las células, cuya función consiste en la degradación de los neurotransmisores, que son las sustancias que intervienen en la transmisión del impulso nervioso; como la serotonina y la dopamina (Bacaltchuk y Hay, 2004).

La fluoxetina, por su perfil toxicológico superior, a una dosis diaria de 60 mg, demostró ser eficaz para lograr una reducción de la frecuencia de los atracones y purgas, además de mejorar la percepción de la forma corporal y el peso. La fluoxetina es un antidepresivo de la clase inhibidor selectivo de la receptación de serotonina (Gotestam et al., 1995).

En un estudio que fue realizado por Walsh y Col (1997), con pacientes que padecían bulimia nerviosa, encontraron que 22 de ellos, que tomaron fluoxetina de 60 mg, se observó que en un periodo de ocho semanas, hubo una disminución de episodios de ingestión no controlada, obteniendo beneficios en las primeras tres semanas de tratamiento, con efectos secundarios mínimos (Roerig et al., 2002).

## **Trastorno por atracón**

Fairburn y Cooper (2011) definieron el trastorno por atracón como la ingesta compulsiva que se caracteriza por la aparición de episodios, donde hay aspectos como la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta.

Stunkard (1959) señaló al trastorno por atracón como un cuadro muy similar a la bulimia nerviosa, es decir, el sujeto oscila entre períodos de sobre ingesta de grandes cantidades de comida, acompañados de una sensación de pérdida de control, en intervalos discretos de tiempo, frente a los que no se dan compensaciones con purgas o con ejercicio. Treasure et al. (2011) plantearon que el trastorno de atracón es la ingesta de un gran volumen de comida en un determinado periodo de tiempo, acompañado de sensación de pérdida de control. Fassino et al. (2007) definió al trastorno de atracón como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observada en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan por comer en exceso. Según Casado (2013) el trastorno por atracón se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado, en que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. Raich (2011) consideró al trastorno por atracón en el adolescente como un episodio excesivo de ingesta alimentaria, el cual se presenta en cantidad o voracidad de cada persona en el mismo periodo de tiempo. Además se vive, quien padece este trastorno, como una sensación de pérdida de control. En un atracón un adolescente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos las 20,000 kilocalorías.

### **Características y criterios principales del trastorno por atracón**

Hudson et al. (2007) señalaron que el trastorno por atracón se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones), que se definen por dos características principales: la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También cabe mencionar que existen malestares por los atracones y las ausencias de las conductas compensatorias que sufren los adolescentes. De esta manera, el trastorno por atracón está asociado con la obesidad y con una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica.

En el DSM-V (2013) los trastornos por atracón han sido abordados desde diferentes aspectos fundamentales y desde diferentes criterios, los cuales han sido modificados a través del tiempo. Estos cambios se dan a través de una ingesta de gran volumen de comida en un determinado periodo de tiempo, acompañado de sensación de pérdida de control. Los trastornos de atracón tienen dos componentes fundamentales: la gran cantidad de comida ingerida y la percepción de descontrol. Los trastornos de atracón pueden también presentarse en varios trastornos de alimentación como son la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa, los trastornos atípicos y el trastorno de atracón. La bulimia nerviosa se refiere a la intensa preocupación por la comida, que se puede presentar como ingesta de importantes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo seguido de desmayos, o, como otra variante, donde se presenta la ingesta del vomito. La anorexia nerviosa se refiere como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgado o delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente;

con importantes alteraciones de la esfera familiar y social. Los trastornos atípicos se refieren al aumento de apetito y al aumento de peso no intencional. El trastorno por atracón se debe a la ingesta compulsiva que se caracteriza por la aparición de episodios, donde hay aspectos como la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta (DSM-V, 2013).

De acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-V (2013), se describen las conductas que se establecen en la presencia del trastorno de atracón como la ingesta frecuente al menos una vez a la semana durante tres meses, con falta de control, no poder parar, no controlar la cantidad, etc. Con acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes características: ingesta más rápida de lo normal, ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentirse físicamente hambriento, ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida y sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión y culpa) posteriores a la ingesta.

Dicho lo anterior, acerca de los criterios del DSM-V (2013) para el trastorno por atracón, es necesario especificar cuatro tipos de criterios: el primero se refiere a la remisión parcial, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los cuales se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. El segundo es la remisión total, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. El tercero consiste en especificar la gravedad actual, como es la gravedad mínima que se basa en la frecuencia de

los episodios de atracones, la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas. El cuarto se debe al grado de discapacidad funcional: leve: 1-3 atracones a la semana, moderado: 4-7 atracones a la semana, grave: 8-13 atracones a la semana y extremo: 14 o más atracones a la semana.

### **Episodios del trastorno por atracón**

El trastorno de atracón hace referencia a su funcionamiento, en donde el adolescente se ve afectado, de forma incontrolada, por grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, logrando llegar a tomar en estos atracones hasta 20,000 kilocalorías (Devlin et al., 2003).

Devlin et al. (2003) mencionaron que estas diferencias de los episodios están relacionadas con el trastorno de atracón. Los cuales exponen cuatro episodios principales: El primero se debe a los episodios recurrente de atracones: se considera únicamente por dos condiciones de ingestión, donde existe un período de tiempo mínimo de dos horas, y donde la comida es superior a la que la mayoría de los adolescentes podrían consumir al mismo tiempo y hay la sensación de pérdida de control: ya que la persona no puede parar de comer. El segundo se refiere a los episodios de atracones asociados a síntomas definidos: en donde el adolescente puede ingerir a una velocidad muy superior a la normal, comiendo hasta sentirse desagradablemente lleno, así mismo ingerir grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre y sentirse a disgusto consigo mismo. El tercero se debe a los episodios de atracón profundo: estos atracones tienen lugar como media al menos 2 días a la semana, durante 6 meses con ingesta voraz. El cuarto se refiere a los episodios por

atracción que no se asocian a estrategias compensatorias e inadecuadas: como es la purga, ayuno y el ejercicio físico excesivo. El cual no aparece exclusivamente en el transcurso en el que una persona padece anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

### **Modelos teóricos del trastorno por atracón**

Devlin et al. (2003) propusieron cuatro formas posibles de conceptualizar el trastorno de atracón en diferentes modelos: Modelo 1, trastorno por atracón como entidad nosológica diferencial, Modelo 2, trastorno de atracón como variante de la bulimia nerviosa, Modelo 3, trastorno de atracón con atracones; como subtipo conductual de la obesidad y Modelo 4, trastorno de atracón como un reflejo de la psicopatología de la obesidad. El primero y el segundo modelo no requieren de la presencia de la obesidad, si bien en los modelos restantes se incluye la obesidad como un rasgo específico del síndrome.

Aunque Delvin et al. (2003) no descartan ninguno de los modelos, concluyen que la mayor parte de los datos sugieren una diferencia sustancial del trastorno de atracón respecto de la bulimia nerviosa. Añaden que el trastorno de atracón no es un subtipo conductual que presente una gran utilidad para la evaluación de la obesidad. No obstante, reconocen la necesidad de más estudios, especialmente de validez de constructo, para determinar definitivamente la validez del trastorno por atracón como trastorno diferenciado.



**El primer modelo se refiere al trastorno por atracón como entidad nosológica diferenciada.**

Delvin et al. (2003) mencionaron que el concepto de trastorno por atracón es significativo e importante, ya que los individuos que presentan este cuadro difieren significativamente de aquellos que no lo presentan, y a su vez se diferencian de los que presentan anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Así mismo, encuentran que el trastorno por atracón se asocia con comorbilidades físicas y psicológicas, e interfieren con la calidad de vida y el funcionamiento social de la persona.

Dicho lo anterior, esta propuesta que expone Delvin et al. (2003), acerca del trastorno por atracón como trastorno individualizado, para ser una categoría autónoma, debería pasar diversas pruebas para confirmar su validez y fiabilidad. La validez de constructo y de contenido, concurrente, discriminante y predictiva serían aspectos a demostrar. Un requisito mínimo adicional se refiere a los criterios definitorios del diagnóstico, que deberían de demostrar su fiabilidad inter e intraobservadores. Por lo que refiere el trastorno por atracón como entidad nosológica diferenciada, también se desarrolla los trastornos como son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

**El segundo modelo se representa como un trastorno por atracón como una variante de la bulimia nerviosa**

Delvin et al. (2003) refirieron que el trastorno por atracón se presenta como una variante de la bulimia nerviosa en la modalidad de tipo no compensador y la variante de tipo compensador; como una variante de la bulimia nerviosa en el subtipo no purgativo;

como un trastorno dentro del continuo según la intensidad por atracón y como un subgrupo definido arbitrariamente como trastorno de atracón no específico.

### **El tercer modelo se refiere al trastorno por atracón como un subtipo conductual de la obesidad**

En este modelo Delvin et al. (2003) refirieron que el trastorno de atracón, tiene que ver mucho con la obesidad, es decir, en el consumo de alimentos y los patrones de sobrealimentación, como son: atracones de comida, comer frecuentemente (picoteo), sobrealimentación no percibida, sobrealimentación en las comidas y alimento nocturno.

### **El cuarto modelo como trastorno por atracón como reflejo de la psicopatología de la obesidad**

Delvin et al. (2003) mencionaron que este modelo tiene que ver con la característica asociada al trastorno primario, como es el trastorno por atracón, donde este trastorno se refleja mediante la obesidad (obeso potencial) y la psicopatología (diátesis depresiva). Así como también, obeso sin trastorno por atracón u obeso con trastorno por atracón.

Fairburn (2007) por su parte, planteó la diferenciación entre ingesta compulsiva y trastorno alimentario. En su opinión, la gran mayoría de las personas que comen compulsivamente no sufren ningún problema ni trastorno alimentario. Sus ingestas compulsivas son más ocasionales que frecuentes, sin implicar una gran cantidad de comida. Estas conductas tampoco deterioran de la calidad de vida de los sujetos que la sufren. Sin embargo, en opinión de Fairburn, existe un número significativo de personas cuyas formas

de comer compulsivas interfieren, en mayor o menor medida, en su calidad de vida. Sus ingestas compulsivas pueden ser frecuentes, causar alteraciones emocionales o afectar a la salud física. Puede decirse que estas personas tienen un problema alimentario.

En consecuencia, Fairburn (2007) divide las actitudes con la comida en función de la ingesta compulsiva, situando la característica primordial de la ingesta de este trastorno en la sensación de la pérdida de control. Este rasgo, por encima de cualquier otro, distingue de la verdadera ingesta compulsiva de la sobreingesta común y del mero descontrol que existe en el trastorno por atracón.

### **Trastorno por atracón y obesidad**

La OMS (1992) definió la obesidad y el sobrepeso como una acumulación normal y excesiva de grasa, los cuales pueden ser perjudiciales para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal.

Se trata de una enfermedad crónica que va aumentando con la edad, y que suele darse más en mujeres que en hombres (García et al., 2007).

Existen diversos criterios para clasificar la obesidad, ya sea en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, de su distribución anatómica, en función de la edad de comienzo, etc. También se clasifican, según la causa, en exógenas y endógenas (García et al., 2007).

La obesidad de tipo exógena o simple, no atribuible a ninguna causa orgánica o secundaria, es importante diferenciarla de aquellas que incluyen trastornos de alimentación. Estas causas suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas y ofrecen más dificultades terapéuticas. Los obesos con trastorno de atracón son los perfiles más comunes. En ellos se pueden diagnosticar en distintos cuadros psicopatológicos (APA, 1994).

Las de tipos endógenas se refieren a los problemas endocrinos o metabólicos del individuo. Por su parte, la obesidad endógena está provocada por problemas endocrinos o metabólicos. Esta es menos frecuente, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos lo son debido a estas causas.

La asociación entre personalidad y obesidad con frecuencia han generado aportaciones y modelos explicativos diferentes. No obstante, se pueden perfilar ciertas características y rasgos propios de la obesidad como son: la sintomatología somática y depresión, menor sociabilidad, alteraciones atencionales e impulsividad (Aymamí y Serrano, 1997).

Si bien la obesidad ha sido entendida desde el modelo de trastornos de alimentación, también lo ha sido desde un patrón adictivo (Delvin, et al 2003).

Malhotra et al. (2002) proponen que la obesidad puede estar relacionada con los trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos.

Siendo la obesidad cada vez más habitual, es todavía más corriente en sujetos que padecen trastornos mentales psiquiátricos graves.

Charles et al., (1985) describieron una prevalencia de trastornos afectivos de un 53% en 15 pacientes con obesidad extrema; mientras que Halmi, Long et al. (1980) encontraron una prevalencia del 29% de trastornos depresivos en una muestra de 80 obesos mórbidos.

Así como los factores genéticos incrementan el riesgo de obesidad, también se proponen como factores de riesgo en el trastorno por atracón. En torno a estos aspectos, Builk, et.al., (2003) aportaron datos de un análisis de clase latente con una muestra de 2,163 gemelos. El estudio reveló que una de las características del trastorno por atracón es que las parejas de gemelos monocigóticos caen más frecuentemente en la clasificación de obesidad que los gemelos dicigóticos. Los autores afirmaron que el trastorno por atracón como la obesidad son condiciones hereditarias.

### **Diagnóstico y tratamiento del trastorno de atracón**

Kenneddy et al. (1995) mencionaron que los atracones de comida son similares a la bulimia. Sin embargo, las personas con trastorno de atracones no se deshacen de los alimentos que consumen. Es por eso que muchas personas con trastorno de atracones suelen tener sobrepeso. Así mismo, para diagnosticar un trastorno de alimentación, el médico puede recomendar un examen físico, análisis de sangre u orina, evaluación psicológica (incluyendo la discusión de sus hábitos alimenticios). Sin embargo, el médico puede

requerir que la persona tenga otras pruebas, para comprobar si hay consecuencias para la salud por el trastorno por atracón, como son problemas cardiacos o enfermedad de la vesícula.

El diagnóstico también requiere que el trastorno no ocurra como una fase dentro del curso de otro trastorno del comportamiento alimentario. Este trastorno tiene ciertas similitudes con la bulimia nerviosa, dado que comparten la alimentación de forma compulsiva, pero en el trastorno por atracón no se dan las conductas compensatorias que ocurren en la bulimia, como pueden ser los vómitos o el uso abusivo de laxantes o diuréticos. La inexistencia de conductas compensatorias es también un criterio diagnóstico del trastorno por atracón (Kenneddy et al., 1995).

Raich (2011) mencionó que las metas para el tratamiento del trastorno por atracones son reducir los atracones alimenticios, para mejorar su bienestar emocional de la persona y, cuando sea necesario, para poder bajar de peso. Debido a los atracones están tan entrelazados con vergüenza, baja autoestima, auto repugnancia y otras emociones negativas; el tratamiento debe abordar estos y otros problemas psicológicos. Al obtener ayuda para los atracones, se puede aprender a perder peso correctamente y mantenerse en forma.

Raich (2011) refirió que hay cuatro tipos principales de tratamiento para el trastorno por atracones, los cuales son:

El primero se debe a la psicoterapia. El cual es planteado mediante sesiones individuales o de grupo, las cuales pueden enseñar cómo intercambiar los hábitos poco saludables para lo sanos y reducir los episodios de atracones. El tipo prototípico sería la terapia cognitivo conductual, la cual puede ayudar a lidiar mejor con problemas que pueden desencadenar episodios de atracones, como los sentimientos negativos acerca del cuerpo o de un estado de ánimo deprimido. Puede propiciar mayor estabilidad en estado emocional de la persona (Raich, 2011).

El segundo se basa en la psicoterapia interpersonal, la cual se centra en las relaciones actuales con otras personas. El objetivo es mejorar las habilidades interpersonales, como relacionarse con otros, incluyendo familiares, amigos y colegas. Esto puede ayudar a reducir los atracones que se desencadenan por las malas relaciones y habilidades de comunicación que no son saludables (Raich, 2011).

El tercero se refiere a la terapia conductual dialéctica. Este tipo de terapia puede ayudarle a aprender las habilidades conductuales, para que la persona pueda tolerar el estrés, regular sus emociones y mejorar sus relaciones con los demás; todo lo cual puede reducir el deseo de comer en exceso (Raich, 2011).

La cuarta se refiere a realizar una intervención considerando la relación con el trastorno por atracón y la obesidad, ya que ambos favorecen el incremento de peso. Las personas con obesidad, que además comórbidamente presenta el trastorno por atracón, suelen ser casos de peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica concomitante (Kenneddy et al., 1995; Raich, 2011).

### **Pregunta de investigación**

De acuerdo con López y María (2010) los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos, se definen como enfermedades mentales que afectan el cuerpo de las personas, se caracteriza principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, es decir, tienen pensamientos distorsionados respecto a la comida, su cuerpo y su peso.

De acuerdo con el DSM-V los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan (aunque no se limitan) por la ingesta, la disminución del interés hacia la comida o comer en general, evitando las características sensoriales de los alimentos, preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer, manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas y necesidades energéticas y nutricionales ideales, lo cual puede relacionarse con pérdida considerable de peso, presencia de diferentes deficiencias nutricionales, dependencia de alimentación enteral e interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado.

Al respecto Ornstein et al. (2013) afirmaron que el trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta es un diagnóstico significativo de la práctica clínica actual. Ornstein et al. propusieron que entre los trastornos alimenticios se encuentran: pica y rumiación, trastorno evitativo de la ingesta alimentaria, anorexia nerviosa atípica, anorexia nerviosa, trastorno purgativo y el síndrome de la ingesta nocturna.



Mitchell, Cook y Wonderlich (2005) mencionaron que la distorsión de la imagen corporal se indica en la alteración en el modo en que la persona experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la autoevaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso. Así mismo en muchos adolescentes, por la etapa del desarrollo en la que se encuentran, no cuentan con la capacidad cognoscitiva que les permita expresar conceptos más abstractos, por ejemplo la motivación para perder o ganar peso, por lo que son susceptibles de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Las influencias diferenciales para hombres y mujeres de los medios de comunicación, las diferentes relaciones sociales que mantienen, las políticas gubernamentales e incluso los preceptos religiosos, pueden generar variaciones en las representaciones de la imagen corporal en los adolescentes.

Es importante considerar los elementos que conforman la autoimagen relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en adolescentes mujeres y hombres, para comprender mejor este problema de salud y tratarlo de forma efectiva, por ejemplo desarrollando programas de intervención gubernamental para disminuir la incidencia de los trastornos alimenticios (Gil, Jover y Reyero, 2001).

Por lo tanto el propósito de la presente tesis fue determinar si existen diferencias en adolescentes mujeres y hombre en los diferentes factores que componen la autoimagen relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos

## **Método**

### **Hipótesis nula**

Ho: Las medias aritméticas de los diferentes factores que componen la autoimagen relacionada a los trastornos de alimentación serán iguales para las adolescentes mujeres y hombres.

### **Hipótesis alternas**

Hi: Las medias aritméticas de los diferentes factores que componen la autoimagen relacionada a los trastornos de alimentación serán diferentes para las adolescentes mujeres y hombres.

### **Muestreo**

El tipo de muestreo fue no probabilístico accidental, ya que la elección de los participantes se basó su disposición para responder el instrumento.

El presente estudio participaron 300 habitantes de diversas partes del Municipio de Netzahualcóyotl en el Estado de México, que colaboraron de manera voluntaria. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por sexo.

**Tabla 1****Distribución de la muestra por sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	150	50%
Mujeres	150	50%

Respecto a la edad de los participantes, se encontraron en un rango de entre 15 y 18 años, con una media de 15 y una desviación estándar de 0.95 (ver la Tabla 2).

**Tabla 2****Distribución de la muestra por edad**

Rango	Frecuencia	Porcentaje	Media	Mediana	Moda	D.E
15 años	126	42				
16 años	92	31				
17 años	60	20				
18 años	22	7				
Total	300	100%	15	16	15	.95

### **Distribución de la muestra por estatura**

En cuanto a la estatura de los participantes, la media en mujeres fue de 1.55 m y en hombres fue de 1.68 m, con una desviación estándar de 0.08 para las mujeres y en el caso de los hombres con una desviación estándar de 0.04. Se realizó un Análisis de varianza (ANOVA) para determinar si la diferencia entre la media de estatura entre mujeres y hombres fue significativa. Se encontró una  $F(1, 298) = 3.4$  ( $p < 0.05$ ), lo cual indicó que los hombres fueron más altos que las mujeres.

### **Distribución de la muestra por peso**

En relación al peso de los participantes, el promedio para las mujeres fue de 67.2 Kg y para los hombres fue de 76.9 Kg. Se realizó un Análisis de varianza (ANOVA) para observar si la diferencia entre la media de peso entre mujeres y hombres fue significativa. Se encontró una  $F(1, 298) = 4.3$  ( $p < 0.05$ ), lo cual indicó que los hombres tuvieron un peso mayor que las mujeres.

### **Instrumento**

**Escala de trastornos alimenticios y la autoimagen en adolescentes.** Garner y Garfinkel (1979) elaboraron el instrumento EDI-26 que mide trastornos alimenticios. Más adelante, Cooper, Taylor y Fairburn (1987) agregaron reactivos al EDI-26, que permitieron medir autoimagen a través de la identificación de 8 factores. Raich (1994) realizó una

revisión adicional a los reactivos del EAT-40 y reafirmó la presencia de los 8 factores identificados por Cooper et al. Posteriormente, Gutiérrez, Raich, Sánchez y Dues (2014) adaptaron al español la versión del EAT-40 de Raich. Dicha versión en español del EAT-40 consta de 34 reactivos que se organizan en ocho categorías o factores: autoimagen, autocastigo, preocupación, estereotipo, autocuidado, percepción, acciones y sentimientos. Cada reactivo se contesta con una escala tipo Likert de 5 opciones (0= Nunca, 1= Pocas Veces, 2= A menudo, 3= Casi siempre, 4= Siempre). De acuerdo con Gutiérrez et al., este instrumento tiene una validez de constructo de 0.98 y con un coeficiente de confiabilidad de 0.84.

En el instrumento se agregó una sección de datos personales, con el fin de identificar el género, la edad, la estatura y el peso de cada persona.

### **Definición de las ocho categorías que conforman el cuestionario EAT-40**

**Autoimagen:** Se refiere a la valoración que tenemos en relación con nosotros mismos y no a un aspecto visual de nuestro cuerpo, sino que es una estimación global.

**Autocastigo:** Es el daño moral, que una persona se otorga a si misma a lo largo del tiempo por acciones del pasado que no comprenden en el futuro.

**Preocupación:** Este factor se centra fundamentalmente en la emoción negativa del individuo.

**Estereotipo:** Son constructos cognitivos que hacen referencia a los atributos personales de un grupo social.

**Autocuidado:** Se refiere al acto de vida que permite a la persona convertirse en sujeto de sus propias acciones, el cual es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

**Percepción:** Es un proceso simple, en el cual el estímulo mantiene la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores.

**Acciones:** Son efectos de los trastornos alimenticios que se limitan a una esfera de la vida de la persona que lo padece y que no solo ellos se ven afectados sino que el entorno familiar.

**Sentimientos:** Se refiere a la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad y tristeza.

## **Procedimiento**

Se aplicó el instrumento a hombres y mujeres en diversos lugares del Municipio de Netzahualcóyotl en el Estado de México.

Se solicitó la participación voluntaria para llevar a cabo la aplicación del instrumento, proporcionándoles las indicaciones necesarias para contestar con la mayor claridad posible, es decir, mencionando que solamente tenían que contestar algunas preguntas sociodemográficas, asegurándoles que la información recabada sería totalmente anónima y confidencial y que se utilizarían para fines estadísticos y de investigación.

Finalmente cuando los participantes terminaron de contestar el cuestionario, se les agradeció su participación.

## Resultados

### **Análisis de varianza (ANOVA) por Género en las escalas del cuestionario de Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos.**

Se realizó un Análisis de varianza (ANOVA), con él cual se determinó si entre los grupos de hombres y mujeres existieron diferencias significativas en cuanto a las ocho escalas del cuestionario (autoimagen, autocastigo, preocupación, estereotipo, autocuidado, percepción, acciones y sentimientos). Este análisis se presenta en la Tabla 3.

**Tabla 3**

### **Análisis de varianza por género para las ocho escalas de los trastornos de la conducta alimentaria y al ingesta de alimentos e autoimagen en adolescentes**

ANOVA						
Factores		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
	Inter-grupos	37.45	1	37.45	21.015	.000
	Termino lineal					
Autoimagen	contraste	37.45	1	37.45	21.015	.000

---

	Intra-grupos	531.09	298	1.782		
	Inter-grupos	.083	1	.083	.034	.854
Autocastigo	Termino lineal					
	contraste	.083	1	.083	.034	.854
	Intra-grupos	730.83	298	2.452		
	Inter-grupos	.053	1	.053	.022	.882
	Termino lineal					
Preocupación	contraste	.053	1	.053	.022	.882
	Intra-grupos	724.29	298	2.431		
	Inter-grupos	32.670	1	32.670	22.42	.000
	Termino lineal					
Estereotipo	contraste	32.670	1	32.670	22.42	.000
	Intra-grupos	434.16	298	1.457		
	Inter-grupos	2.613	1	2.613	1.410	.236
Autocuidado	Termino lineal					
	contraste	2.613	1	2.613	1.410	.236
	Intra-grupos	552.26	298	1.853		
	Inter-grupos	6.750	1	6.750	5.464	.020
Percepción	Termino lineal					

---



	contraste	6.750	1	6.750	5.464	.020
	Intra-grupos	368.16	298	1.235		
	Inter-grupos	10.830	1	10.830	4.939	.027
	Termino lineal					
Acciones	contraste	10.830	1	10.830	4.939	.027
	Intra-grupos	653.50	298	2.193		
	Inter-grupos	22.413	1	22.413	13.95	.000
	Termino lineal					
Sentimientos	contraste	22.413	1	22.41	13.95	.000
	Intra-grupos	478.57	298	1.606		

Se encontró para el factor de autoimagen una  $F(1, 7) = 21.01$  ( $p < 0.05$ ), lo cual indica que la autoimagen media fue diferente para hombres y mujeres. Para el factor de estereotipo se encontró una  $F(1, 7) = 22.42$  ( $p < 0.05$ ), lo cual señala que el nivel promedio en el factor de estereotipo fue diferente entre hombres y mujeres. En cuanto al factor de sentimientos se encontró una  $F(1, 7) = 13.95$  ( $p < 0.05$ ), lo cual indica que los promedios en el factor de sentimientos fueron diferentes para hombres y mujeres.

## Discusión

La presente tesis tuvo el propósito de determinar si existen diferencias en adolescentes mujeres y hombre en los diferentes factores que componen la autoimagen

relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos. Con este propósito, se aplicó la Escala de trastornos alimenticios y la autoimagen en adolescentes (Garner y Garfinkel, 1979), para analizar las respuestas de los participantes de acuerdo al género en los ocho factores del instrumento.

Se encontró que existe una diferencia significativa entre mujeres y hombre en tres de las ocho variables del instrumento. Estas variables fueron autoimagen, estereotipo y sentimientos. Este resultado se relaciona con los hallazgos descritos por Fassino y Daga (2007), quienes afirmaron que la autoimagen relacionada a los trastornos alimenticios representan una variable que cambia de acuerdo al género, ya que indicaron que las alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, son observadas en adolescentes que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo. Así mismo, la autoimagen en los adolescentes se ve distorsionada con la imagen corporal que ellos mismos reflejan al tener una mala nutrición y también por la influencia de los medios de comunicación que transmiten estereotipos idealizados tanto para mujeres, como para hombres, lo cual contribuye a deformar aún más la autoimagen de los adolescentes. La distorsión de la autoimagen puede relacionarse con los trastornos alimenticios en mujeres y hombres adolescentes ocasionando una inadecuada utilización de las sustancias nutritivas en los aspectos centrales de su vida, ocasionando también desajustes en las funciones orgánicas, como procesos infecciosos o cambios en el metabolismo. Además puede estar relacionado a la baja digestibilidad de los alimentos, un alto contenido de sustancias que destruyan o alteren la absorción de los nutrientes (Rodríguez, Mata y Moreno, 2007).

Para algunos autores los trastornos alimenticios están determinados por la perseverancia que pone el adolescente, para poderse alimentar de una manera equivocada (Gil, 2005). Ciertas funciones sociales determinadas por la cultura, como poder y valor hacia uno mismo, podrían acentuar la perseverancia de los adolescentes conduciéndolos a desarrollar trastornos alimenticios (Jelliffe, 1966).

### **Diferencias entre hombres y mujeres**

En lo que refiere a los factores de la escala de autoimagen relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos en adolescentes, en la presente tesis se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en los sentimientos, el estereotipo y la autoimagen, lo que puede explicarse debido a que son importantes para mantener una mejor calidad de vida y una imagen corporal más adecuada, ya que como mencionó Russek (2007), la autoimagen no debe de construirse solamente considerando el aspecto físico o las características exteriores, sino también todas aquellas características vinculadas a nuestros diferentes procesos cognoscitivos como pueden ser: ideas, pensamientos, actitudes, emociones, conocimiento y decisiones que se toman u ocurren en la vida cotidiana.

Es así que para Russek (2007) la autoimagen tanto para los hombres y mujeres debe de dividirse en tres clases:

- 1) La autoimagen que es el resultado de cómo se perciben ellos mismos.
- 2) La autoimagen que resulta de la manera en que otros los ven.

3) La autoimagen que resulta de lo que perciben, de lo que los demás piensan sobre ellos.

Por lo tanto, la autoimagen que uno se forma de sí, también dispone de un componente amplio de comentarios sugeridos por los otros desde que somos pequeños. Así, quien ha recibido severas y duras críticas durante la niñez, específicamente por parte de una autoridad familiar como pueden ser los padres, tíos, abuelos, etc., pueden desarrollar una autoimagen distorsionada. Por su parte los niños y los adolescentes, pueden estar especialmente condicionados por la imagen corporal del auto concepto físico. De tal forma, si la imagen corporal es relevante para ellos, siempre van a tener en mente que las apariencias físicas son lo más importante y valioso que puede existir en la vida del ser humano (Siegel et al., 1995).

Se observó una tendencia en mujeres y hombres en donde la autoimagen es una parte muy importante para ellos, debido a que buscan establecer una valoración adecuada sobre nosotros mismos, logrando una alta autoestima al verse y sentirse bien. Mientras que el estereotipo en mujeres y hombres es primordial en su vida cotidiana dada su relación con las personas que los rodean y consigo mismos. Es decir, buscan un consuelo al observarse e identificar los atributos personales que les puede proporcionar satisfacción. En cuanto a los sentimientos, tiende a dominar la búsqueda por experimentar emociones agradables y evitar las emociones displacenteras asociadas a la imagen corporal, la cual puede actuar a favor o en contra de la persona dependiendo de si dicha imagen se ajusta adecuadamente a los requerimientos saludables de su organismo, lo cual implica emociones congruentes y valiosas.

### Lista de referencias

- Abraham S y Llewellyn Jones, D. (2005). Anorexia y Bulimia. Madrid: Alianza Editorial.
- Ahmed N y Furth A. (1992). "Failure of common gyration assays to detect gyration by fructose." *Clin Chem.* 38 (7): 1301-1303.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4thed). Washington, DC: Author. Copyright.
- American Psychiatric Association Girls A Longitudinal Study Development Psychology. (2009). Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV-TR Barcelona, Editorial Masson.
- Aquilino A. L. (1993). La anorexia nerviosa en Psicología patológica. 8va.ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, t 2: 463-79.
- Arcenta y Javier. (2006). Recuperado el día 23 de febrero de 2015.  
<http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/6-nutricionc>. Pdf.

- Ash J B y Piazza E. (1995). Changing symptomatology in eating disorders. *The international Journal of Eating Disorders*, 18(1): 27-38.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV-TR Barcelona, Editorial Masson.
- Attie I y Brooks Gunn J. (1989). Development of Eating Problems in Adolescent.
- Ayamamí N y Serrano F. (1997). Personalidad y relaciones interpersonales en la obesidad. En V.J. Turón (Ed), trastornos de alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (pp. 242-251). Barcelona: Masson.
- Bacaltchuk J y Hay P. (2001). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nerviosa. Cochrane data base of sistematic reviews 4.
- Baile, José, Raich, Rosa, María, Garrido y Emilio. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escuela. *Anales de Psicología* 19 (2).
- Bearman S, Presnell K, Martinez E, Stice E. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolescent*, 35 (2): 217-29.

- Biebl W y Kinzl J F. (1996). Hypokalemia in Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(2):295-296.
- Bliss. (1982). La Anorexia nerviosa. En: Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, t 3:1822-7.
- Borrego O. (2002). Tratamiento de los estados de la conducta alimentaria: Anorexia Bulimia. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24 núm.2 p.p. 46-47.
- Boskin White M y Whuite W. (1987). Bulimarexia. The binge/ purge cycle. 2 Ed. New York: W.W. Norton Co.
- Brewerton T, Hand L y Bishop E. (2004).The tridimensional 476/Arch. Argent. Pediatric, 102 (6) /Actualization.
- Brumberg JJ y Fasting Girls. (2000).The history of anorexia nervosa. New York, Vintage Books.
- Bulik C M, Sullivan P.F y Kendler K S. (2003). Genetic and environ mental contributions to obesity and binge eating, The International Journal of Eating Disorders, 33(3), 293-298.Doi:10.1002/eat. 10140.

Calva R. (1992). Trastornos de alimentación (I): análisis. En: Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Madrid. Ediciones Pirámides, 211-25.

Carrobbles J.A.I. (1988). Prólogo al libro de V.E. Caballo: Teoría, evaluación y entretenimiento de las habilidades sociales. Valencia, Promo libro.

Casado I. (2013). *Obesidad y trastorno por atracón*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Casper R. (2002). How useful are pharmacological treatment in eating disorders? *Psychopharmacology Bulletin*, 36(2):88-104.

Cooke R y Chambers JB. (1995). Anorexia nervosa and the heart. *British Journal of Hospital Medicine*, 54 (7):313-317.

Cooper, Taylor y Fairburn. (1975). "Body Shape Questionnaire" Autoimagen. Adaptado por el español por Raich (1994).

Crispo R, Figueroa E y Guelar D. (1996). Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber, un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona, Gedisa.

Cruz B R M, Ávila E L M, Cortés S M C, Vásquez A R y Mancilla D J M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2002), 189-198.



- Culbert KM, Burt SA, McGue M, WG, Klump KL. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disorder ed. Eating attitudes and behaviour. *J Abnorm Psychology*, 118(4):788-96.
- Charles SC, Brumberg P, Morello J Mellis L, Sweeny C y McGrath E. (1985). Psiquiatric diagnosis in candidates for gastroplasty. *The International Journal of Eating Disorders*, 4, 139-149. Doi: 10.1002/1098-108X (198505)4:2<139: AID-EAT 2260040202 <3.0.CO; 2-U.
- Chinchilla A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona. Editorial Masson, S.A; 70-73; 89-121.
- Definición ABC. (2007). Recuperado el día 22 de febrero de 2015  
<http://www.definicionabc.com/social/autoimagen.php>.
- Dessen M A y Domínguez Guedea. (2005). A ciencia de desenvolvimiento humano: ajustado o foco de analicé. *Paidéia*, 15 (30), 11-20.
- Devlin M, Goldfein J y Dobrow I. (2003). El estado actual del trastorno por atracones de comida. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1):2-18.
- Douglas AD. (1997). Trastornos de alimentación de origen conductual. En: Tratado de Medicina Interna, 20ed. Mc Graw-Hill, Interamericana, vol. 2: 1330-2.

- DSM-V-TR. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatry Asociación (5ª ed.) Barcelona: Masson.
- Escalante, Francisco y López Roció. (2003). Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes. México: Enríques. Asesores pedagogos. Bulimia. (vol.2.pp.259).
- Fairburn C y Cooper Z. (2007). Eating disorders, DSM-V-TR and Clinical Reality. The British Journal of Psychiatry, 198: 8-10.
- Fassino S, Daga GA, Pieró A y Delsedime N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. Adv. Psychosom Med; 28:141-68.
- Fischler C. (1995). *El (h) omnívoro (el gusto, la cocina y el cuerpo)*. Barcelona: Anagrama, ISBN 978-84-339-1398-2.
- Fukudo y Hongo M. (1995). Etiology and physiopathology of obesity: eating behaviors and their disorders. *Nippon Naika GakkaiZasshi*, 84 (8): 1226-1230.
- García Blázquez, Correas J, Quintero J, García Moreno C y Chinchilla A. (2003). Aspectos clínicos de la obesidad. En A. Chinchilla (Ed.). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia nerviosa, obesidad y atracones. (pp. 253-266). Barcelona: Masson.

García Mina A. (2003). Desarrollo de género de la feminidad y la masculinidad. España: Lincea/Referencia.

García Eduardo. (2007). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. España: Elsevier Masson. pp. 18-22.

García Rodríguez F. (1993). Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Garfinkel P E y Garner DM. (1982). Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. Nueva York, Bruner- Mazel.

Garfinkel P E, Garner D M, Schwartz DM y Thompson M G. (1990). Culture expectations of thinness in woman, en Psychological reports, 47, pp.483-491.

Garner D y Garfinkel P. (1979). the eating attitudes test. Psychologica medicine, 33, 17. 273-289.

Gil F, Jover G y Reyero D. (2001). La enseñanza de los derechos humanos. Paidós, Barcelona.

Gil Hernández Ángel. (2005). Tratado de Nutrición. Grupo Acción Médica. Tomo III.

Gismero E. (1996). Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid, Edisofer.

González José. (2004). Actividad física, deporte y vida. México; Ayerbe. pp. 119-125.

Gorab y Alicia. (2005). Trastorno de la conducta alimentaria, bulimia y anorexia.

México: ¿Cómo ves? pp.: 27-29.

Gotestam K G y Agras W S. (1995). General population- based epidemiological study of eating Disorders in Norway. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2): 119-126.

Hales, Yudofsky y Talbott. (2000). DSM-V. Tratado de psiquiatría. España: Masson. pp. 996-1002.

Halmi K A Long, Stunkard A J y Mason E. (1980). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *The American Journal of Psychiatry*, 137(4), 470-472)

Hebebrand, Casper R, Treasure J y Schweiger U. (2004). The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm.* 111 (7): 827-40.

Hertweck SP. (1995). Anorexia nervosa: Issues for the obstetrician and gynecologist. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 7(5): 371-374.

- Hill JO, Catenacci V y Wyatt HR. (2005). Obesity: Overview of an epidemic. The Psychiatric Clinics of North America, 28 (1), 1-23.doi:10.1016/j.psc.2004.09.
- Hofstadter Ramón y Carlos J. (2006). Estrategias de prevención desde la tutoría: libro del tutor. Madrid. EOS.
- Holtz V y Tena Sulk A. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psycho Iberia,3(2): 5-13. 305.
- Hudson J I, Hiripi E, Pope H G y Kessler R C.(2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. Biological Psychiatry, 61: 348–358.
- Hus LKG. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? Clin Psychology Rev. 19:393-427.
- Inui A, Namiki M, Morita S, Okada M y Kasuga M.(1996). Anorexia nervosa and intususcepción. *Lancet*, 347(8998).399.
- Jelliffe DB. (1966). Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Monografías de la OMS, No.53.
- Kaltiala, Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. (1999). Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescence: more common than thought? Acta Psychiatr Scand 100; 33-39.

- Kaplan HI y Sadok BJ. (1987). Anorexia nerviosa. En: *Comprendió de Psiquiatria*. 2da.ed. La Habana: Instituto del Libro, 517-20.
- Kenneddy SH, Katz R, Neitzert CS, Ralevski E y Mendlowitz S. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa- bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6):685-689.
- Killen J, Hayward C, Litt I, Hammer L, Wilson D, Miner B, Taylor B, Varady A, Schissalak C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorders? *Am J Dis Child*, 146:323-325.
- Katzaman D, Golden N, Neumark Stainer D, Yager J, Strober M. (2000). From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating disorders. *Pediatric Res*; 47(6):709-712.
- Lerner R. (1997). *Concepts and Theories of Human Development* (2<sup>a</sup>ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- López y María. (2010). *Prevención de la anorexia y la bulimia*. México: neus tenas. Pp.12-37.
- Malhotra S y McElroy SL. (2002). Medical management of obesity associated with mental disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4) ,24-32

- Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. (2013). DSM-V-TR. Barcelona: Ed. Masson, (2013): 557-9.
- Martínez y Rodríguez. (2002). Influencia de la alimentación en el comportamiento humano a través de la historia; en *Offarm*, 21 (7): 80-88.
- Martínez, y Esquivel. (2005). Nutrición y Salud. México: El manual moderno.
- Mitchell J, Cook Myers T, Wonderlich S. (2005). Diagnostic criterio for anorexia nervosa: Looking ahead to DSM-5. *Int J Eat Disord*; 37 Suppl: S95-7.
- Mora M y Raich RM. (1993). Sintomatología bulímica; un análisis topográfico y funcional. *Rev. Análisis y modificación de conducta*; 19 (66): 479-509.
- Musitu G. (1995). Proyecto Autoestima 95. Documento del autor. Universidad de Valencia y otros (1996): Educación familiar y socialización de los hijos. Idea Books, Barcelona.
- Neinstein L. (2002). Adolescent health care and practical guide. 4<sup>th</sup> ed. USA: Lippincott: Williams and Wilkins.
- Núñez C, Moreira O y Carvajal M. (1995). Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basado en la evolución de su estado nutritivo. *Rev. Clin Esp*, 195 (4): 226-32.

- Ochoa EFC, Puente de la ML y Grana JL. (1990). Trastornos de la alimentación. En: Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid; 2: 726-807.
- O'Mahony JF y Hollwey S. (1995). Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Clin Psychology*, 5 (3):345-51.
- Organización mundial de la salud. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: editor.
- Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS. (2013). Distribution of Eating Disorders in children and adolescents using the proposed DSM-V criteria for feeding and Eating Disorders. *J Adolesc Health*; 53 (2): 303-5.
- Overduin J, Cansen A y Louwse E. (1995). Stroop interference and food intake. *The International Journal of Eating Disorders*, 18 (3): 277-285.
- Overton WF. (1998). Development psychology: philosophy, concepts, theory. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*, Vol. 1(5ªEd.)(pp.107-188). New York: Wiley.



- Overton WF. (1984). World views and their influence on psychological theory and research: Khun- Lakatos- Laudan .En H.W. Reese (Ed.), *Adevances in child development and behavior*. Vol. 18 (pp. 91-226). New York: Academic Press.
- Perpiñá TC. (1989). *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Valencia: Promo libro, 7-24.
- Pinto J A y Carbajal. (2006). *La dieta equilibrada, prudente o saludable*, Nutrición y salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid.
- Quick VM, Byrd Bredbenner C y Neumark Sztainer D. (2013). Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature. *Adv Nutr (Revisión)* 4 (3): 277.
- Raich R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*, Madrid: Editorial Pirámide.
- Rodríguez S, Mata J y Moreno S. (2007). Psicofisiológica del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. En: *Clínica y Salud*. Vol 18.Núm.1. p.p. 110.
- Roerig J, Mitchell J, Cook Myers T, Glass J. (2002).Pharmacotherapy and medical complications of eating disorders in children and adolescents. *Child Adolescent Psch Clin N Am*. Eating disorders, 11:365-385.

- Rorty M, Yager J, Rasotto E y Buckwalter G. (2000). Parental intrusiveness in adolescent recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *Int J Eating Disord*; 28:202-208.
- Russek S. (2007). Recuperado el 23 de febrero de 2015 de [http://www. Crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoimagen.html](http://www.Crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoimagen.html).
- Salas Salvador. (2008). *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona: Masson, ISBN 978-84-458-1843-5.
- Schvili Mann y Dayán Nahmad. (2000). Trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa. *Medicina Interna*, 16(2), 90-7
- Siegel JH, Hardoff D, Golden NH y Shenker R. (1995). Medical complication in male adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 16 (6): 448-453.
- Sierra M. (2005). La Bulimia nerviosa y sus subtipos. En: *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. Vol. 1. Núm.1.pp.81.
- Silber T y D'Angelo L. (1991). The role of the primary care physician in the diagnosis and management of anorexia nervosa. *Psychosomatic Med*; 32(2): 221-225.

Sociedad Española. (2005). Medicina de Familia y Comunitaria: *Healthdiet. Promoting a healthy diet through counseling in primary care*. Barcelona: SEMFYC.

Soundy T, Lucas A, Suman V y Melton L. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from (1980-1990) *Psycho Medi*; 25: 1065-1071.

Stunkard A y Allison S. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord*; 34(1):s107-s117.

Stunkard AJ. ( 2003). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly* Cited by Devlin M Goldfein J, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord*; 34 Supp.

Téllez y María. (2004). *Nutrición clínica. México: el manual moderno*.

Toro J. (1999). *El cuerpo como delito, Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona, Ariel.

Toro J y Vilardell E. (1989). *Anorexia nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca.

Treasure J, Claudino A, Zucker N. (2011). *Eating Disorders*. *Lancet*; 375: 583- 593.

Tschirhart L y Donovan M. (1985). *Women y Self-Esteem*. Nueva York, Peguin.

Valsinier J. (1991). Construction of the Mental From the “Cognitive Revolution” to the Study of Development. *Theory & Psychology*, 1 (4), 477-494.

Valsinier J. (1998). the development of the concept of development: Historical and epistemological perspectives. En W. Damon y R. Lerner año XI- número II (22)/ 2010 161 (Eds.), *Handbook of child psychology*, (5° Ed.)Vol. 1. Theoretical models of human development (pp.189- 232). New York. Wiley.

Valsinier J. (2004). what is Development? Axiomatic bases for a Developmental Science. Paper presentado en el Colloquium de Nara Women’s University, Psychology Department, January, 22, 2004, pp. 91-103.

Vázquez M, Olivares JL, Fleta J, Lacambra I, González M. (2003). Alteraciones cardiológicas en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa. *Rev. Esp Cardiol*, 56: 669-73.

Walsh T, Wilson T, Loeb K, Devlin M, Pike K, Roose S, Fleiss J, Watennaux C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, (1997); 154(4):523-531.

Way K. (1996). *Anorexia nerviosa. Bulimia. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*. Barcelona, Ballaterra.

**ANEXO 1****CUESTIONARIO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS  
Y LA AUTOIMAGEN EN ADOLESCENTES**

**Datos personales.**

<b>Sexo:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Estatura:</b>	<b>Peso:</b>

**Instrucciones:**

**Esté cuestionario consta de 34 reactivos, en el cual deberás de contestar honestamente, marcando la respuesta que se ajuste a su opinión.**

**La escala de contestación es la siguiente:**

**NUNCA (0)**

**POCAS VECES (1)**

**A MENUDO (2)**

**CASI SIEMPRE (3)**

**SIEMPRE (4)**

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

2. ¿Ha estado tan preocupado (a) por tu figura que has pensado que deberías de ponerte a dieta?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o pompis son demasiados grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

4. ¿Has tenido miedo de estar gordo (a) o más gordo (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

5. ¿Te has preocupado porque tu cuerpo no lo sea suficiente firme?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

6. ¿Sentirte lleno (a), (después de la comida) te ha hecho sentir gordo (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas).

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

8. ¿Has evitado correr, para que las partes de tu cuerpo reboten o salten?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

9. Vomito después de haber comido

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

10. Siento que los demás me presionan para comer

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

11. Me preocupo para estar más delgado (a).

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

12. Hago ejercicio para quemar calorías

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estas mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación).

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

14. Estar desnudo (a), por ejemplo cuando te duchas, ¿te has hecho sentir gordo (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

15. ¿Has evitado llevar ropa que te marque?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías ¿te has hecho sentir gordo (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

19. ¿Te has sentido excesivamente gordo (a) y lleno (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE



20. ¿Te has sentido acomplejado (a) por tu cuerpo?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

21. La preocupación por tu figura ¿te ha inducido a ponerte a dieta?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tú estomago este vacío (por ejemplo, por la mañana)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de control?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

24. ¿Te has preocupado por hecho de que otra gente vea tus lonjitas alrededor de tu cintura?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicos (a) sean más delgados (as) que tú?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

26. Tengo el impulso de vomitar después de comer

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

27. Estando en compañía de otras personas, ¿Te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, en un autobús, en el cine, etc.?)

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

28. ¿Te has preocupado porque tu piel tenga celulitis o piel de naranja?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

29. Verte reflejado (a) en un espejo, ¿Te hace sentir mal respecto a tu figura?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

30 ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

31 ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado (a)?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

32¿te has fijado en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

33¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías de hacer ejercicio?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE

34¿Con que frecuencia te saltas postres aunque tengas hambre?

NUNCAPOCAS VECESA MENUDOCASI SIEMPRESIEMPRE