



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

---

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

**Sintomatología de anorexia nerviosa, autoestima,  
ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**María Fernanda Morales Angeles**

ASESOR: Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada



ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, MARZO DE 2016.



## Índice

### Resumen

### Introducción

### Capítulo 1. Trastornos del comportamiento alimentario

1.1 Clasificación de los trastornos del comportamiento alimentario

1.2 Anorexia Nerviosa

1.3 Bulimia Nerviosa

1.4 Síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario

1.5 Prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario

1.6 Etiología de los trastornos del comportamiento alimentario

### Capítulo 2. Factores psicológicos y anorexia nerviosa

2.1 Autoestima y anorexia nerviosa

2.2 Ansiedad y anorexia nerviosa

2.3 Depresión y anorexia nerviosa

### Capítulo 3. Metodología

3.1 Planteamiento del problema

3.2 Justificación

3.3 Preguntas de investigación

3.4 Objetivo general

3.4.1 Objetivos particulares

3.5 Hipótesis

3.6 Variables





- 3.6.1 Insatisfacción corporal pro-adelgazamiento
- 3.6.2 Restricción alimentaria
- 3.6.3 Motivación para adelgazar
- 3.6.4 Preocupación por la comida
- 3.6.5 Presión social percibida
- 3.6.6 Autoestima
- 3.6.7 Depresión
- 3.6.8 Ansiedad
- 3.7 Participantes
- 3.8 Método de investigación
- 3.9 Alcance del estudio
- 3.10 Diseño de investigación
- 3.11 Instrumentos
  - 3.11.1 Test de Actitudes Alimentarias (EAT)
  - 3.11.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI)
  - 3.11.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
  - 3.11.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
- 3.12 Procedimiento
- 3.13 Análisis estadístico
- Capítulo 4. Resultados**
  - 4.1 Presencia de la sintomatología de los trastornos del comportamiento alimentario
  - 4.2 Comparación de autoestima, ansiedad y depresión por presencia de sintomatología de anorexia nerviosa



4.2 Correlaciones de la sintomatología de la anorexia nerviosa con autoestima, ansiedad y depresión

## **Capítulo 5. Discusión**

5.1 Limitaciones y sugerencias

Referencias

Anexos





## **Resumen**

La investigación sobre trastornos del comportamiento alimentario (TCA), especialmente la anorexia nerviosa (AN), se ha estudiado en función de factores individuales que probabilizan el desarrollo de dichos padecimientos. En este sentido, el propósito principal del presente estudio fue analizar la relación de autoestima, ansiedad y depresión con la sintomatología de AN en estudiantes universitarios. Para ello, se constituyó una muestra no probabilística de tipo intencional de 609 participantes (344 mujeres y 265 varones) de 17 a 34 años de edad ( $M = 19.67$ ,  $DE = 2.69$ ). Se administró una batería de pruebas conformada por el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), la Escala de Autoestima de Rosenberg, y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Por medio de tamizaje se encontraron 31 casos que superaron el punto de corte del EAT-40 (5.1%) siendo superior en las mujeres (7.3%) que en los hombres (2.3%). Además, los resultados indicaron que, en la muestra total, una mayor sintomatología de AN se asoció con mayores rasgos de depresión ( $r = .34$ ,  $p < .0001$ ) y de ansiedad ( $r = .32$ ,  $p < .0001$ ), así como con menores niveles de autoestima ( $r = -.18$ ,  $p < .0001$ ). Finalmente, se discuten los hallazgos obtenidos con la literatura revisada.





## **Introducción**

Numerosas investigaciones se han centrado en describir patologías del ser humano, especialmente aquellas que interfieren en el adecuado funcionamiento de las personas en un contexto regular, por ejemplo los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), específicamente la anorexia nerviosa (AN). En la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association [APA], 2013), reconoce a la AN como uno de los principales trastornos del comportamiento alimentario, definiéndola como, la restricción en la ingesta de alimentaria, una alteración en la auto percepción de la forma y el peso corporal y un miedo intenso a engordar, que conducen a una pérdida significativa de masa corporal. Se han reportado tasas de prevalencia de AN que oscilan en un 0.05% aproximadamente (Dorian y Garfinkel como se citó en Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa, 2007; Rivas, Bersabé y Castro, 2001).

De acuerdo con Bruch (1978) pacientes con anorexia nerviosa, en conjunto, pueden presentar ciertos rasgos de personalidad que vuelven vulnerable a las personas de desarrollar dicho trastorno, es por eso que se ha dado importancia a factores psicológicos individuales en diversas investigaciones, tales como la autoestima, la ansiedad y la depresión; se ha encontrado que dichos factores están vinculados con el desarrollo de AN.





La AN es un trastorno caracterizado por una marcada insatisfacción corporal, distorsión de la autopercepción del cuerpo, práctica de conductas alimentarias no saludables y de estrategias dirigidas a la modificación del peso o forma corporal, llevando a quienes la padecen a situaciones de alta mortalidad y a quienes sobreviven con graves secuelas cognitivas, orgánicas y de funcionamiento en general.

La realización de estudios con evidencia empírica sólida, con respecto factores que probabilizan el desarrollo de la sintomatología de AN, contribuyen en la conformación de intervenciones (preventivas y tratamiento) para la atención a este tipo de padecimientos.

Es por eso que el objetivo de la presente investigación se centró en analizar la relación de los aspectos psicológicos con la presencia de la sintomatología de anorexia nerviosa y la comparación de los factores psicológicos (autoestima, ansiedad y depresión) en estudiantes universitarios con y sin sintomatología de AN, puesto que en la revisión de la literatura se ha encontrado que dichos factores están estrechamente vinculados con la insatisfacción corporal y conductas dirigidas a la modificación del peso corporal.





## Capítulo 1

### Trastornos del comportamiento alimentario

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association [APA], 2013) los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) poseen como característica principal, presentar una alteración constante en la alimentación, la cual repercute en la salud. Mancilla et al. (2006) definen los TCA como “procesos psicopatológicos que conllevan grandes anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos” (p. 392). Portela, Da Costa, Mora y Raich (2012) señalan que dicha alteración generalmente va acompañada por una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.

#### 1.1 Clasificación de los trastornos del comportamiento alimentario

En el DSM-5 (APA, 2013), los TCA se encuentran categorizados (Tabla 1) como: trastorno de pica, rumiación, ingesta de alimentos por evitación o restricción, atracón (TPA), anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).

Tabla 1







### Categorías de los TCA con base en el DSM-5

Trastorno	Definición
Anorexia Nerviosa	Restricción de la ingesta energética, que conduce a un peso corporal bajo; acompañada de un miedo intenso a ganar peso o engordar, así como la realización de conductas que interfieren con la ganancia de peso; además, una alteración distorsionada en la autopercepción del peso o forma corporal.
Bulimia Nerviosa	Práctica de episodios recurrentes de atracón, acompañados de conductas compensatorias inapropiadas producidas en promedio una vez a la semana durante tres meses (vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo) para prevenir la ganancia de peso, e identificación de una autoevaluación excesivamente influenciada por la forma y peso corporal.
Trastorno de atracones	Ingesta de una gran cantidad de alimento en un período de tiempo corto en comparación a lo que ocurriría con la mayoría de la personas en circunstancias similares. Los episodios de atracón ocurren al menos una vez a la semana por tres meses.
Trastorno de ingesta restrictiva o por evitación	Incapacidad persistente de una ingesta alimentaria suficiente, es decir, no se alcanzan los requisitos mínimos nutrimentales. Anteriormente, en el DSM-IV, este padecimiento era conocido como el trastorno alimentario de la infancia temprana, debido a que su desarrollo surge frecuentemente en las primeras etapas de la niñez y puede persistir hasta la adultez. Cabe señalar que, dicha alteración no mantiene una preocupación por la delgadez, ni por la forma del cuerpo.
Pica	Ingesta de sustancias u objetos no nutritivos, los cuales no tienen el objetivo de ser comestibles por ejemplo: papel, jabón, ropa, pelo, hilo, lana, tierra, tiza, talco, pintura, goma, metal, piedras, carbón, ceniza, arcilla, almidón, o hielo. Durante un periodo de por lo menos un mes.
Trastorno de rumiación	Regurgitación de la comida (masticar y luego expulsar el alimento de la boca repetidamente) durante un período de al menos 1 mes, esto ocurre por lo menos varias veces por semana o todos los días.

*Nota:* elaboración propia

De entre todos los tipos de TCA, los más representativos son la AN y la BN. A continuación se presentan los criterios propuestos por el DSM-5 (APA, 2013) de estos dos padecimientos.





## 1.2 Anorexia Nerviosa

Este trastorno hace referencia a tres criterios principales:

- A. Restricción constante en la ingesta de alimentos, con base a los requisitos energéticos, lo cual origina una pérdida de peso significativamente más bajo con base a la norma y de acuerdo a las características de sexo, edad, trayectoria de desarrollo y salud física (se indica con un índice de masa corporal igual o menor a  $17 \text{ kg/m}^2$ ).
- B. Miedo intenso a ganar peso o conductas persistentes que interfieren con el aumento de peso, aunque éste sea significativamente bajo.
- C. Alteración en la autopercepción de la forma y el peso del cuerpo experimentada por la persona, autoevaluación excesivamente influenciada por la forma y peso corporales, o persistente falta de reconocimiento de la gravedad del peso corporal.

La AN se clasifica a su vez en dos subtipos:

*Restrictivo.* Duración de los síntomas al menos por tres meses, el individuo no ha incurrido en episodios recurrentes de atracón o conductas purgativas (e. g., vómito inducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas). En este subtipo, la pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta restrictiva, de la práctica de ayuno y de ejercicio excesivo.

*Purgativo.* El individuo ha presentado episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas (p. e., provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) al menos en los últimos tres meses.



La categorización en cuanto a la gravedad de la AN tiene como base el índice de masa corporal (IMC) actual de la persona, quedando como gravedad leve un IMC igual o mayor a 17, moderado con IMC de 16 a 16.99, grave un IMC de 15 a 15.99 y extremo menor a 15.

### **1.3 Bulimia Nerviosa**

Dicho trastorno tiene como criterios:

- A. Episodios recurrentes de atracones alimentarios. Un episodio de atracón se caracteriza por:
  - 1.- Ingerir una cantidad de alimento mayor en un periodo discreto de tiempo (e. g., en un lapso de dos horas), esta cantidad de alimento es definitivamente más abundante a lo que la mayoría de individuos comerían en un período de tiempo y circunstancias similares.
  - 2.- Sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (e. g., el sentimiento de una persona de no poder parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Llevar a cabo conductas compensatorias orientadas a la pérdida de peso. Tales como la autoinducción de vómito, constante uso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo y ayunos prolongados.
- C. Cumplir criterios A y B al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses.
- D. Alteración en la autopercepción de la forma y el peso del cuerpo.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.





Los niveles de gravedad de la BN están basados en el número de episodios de comportamientos compensatorios inapropiados realizados a la semana, quedando de la siguiente manera:

Leve: en promedio de 1 a 3.

Moderado: en promedio de 4 a 7.

Grave: en promedio de 8 a 13.

Extremo: en promedio 14.

## **1.4 Síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario**

### **Insatisfacción corporal pro-adelgazamiento**

De acuerdo con Garner (1988) este tipo de insatisfacción corporal es concebida como una alteración psicológica que muestra inconformidad por el peso corporal, de tal forma que la persona califica la forma de su cuerpo como más voluminoso de lo deseable.

### **Restricción alimentaria**

Se refiere a la reducción o abstinencia en la ingesta alimentaria, que va desde la omisión hasta la evitación del consumo de alimentos por un tiempo determinado con la intención de perder peso corporal (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002).

### **Motivación para adelgazar**



Este componente hace referencia a la excesiva preocupación que un individuo desarrolla acerca de su peso corporal, dieta e intenso miedo a volverse obeso (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).

### **Preocupación por la comida**

De acuerdo con Tapper y Pothos (2010), la preocupación por la comida incluye pensamientos, comportamientos y emociones que provocan afectos positivos y negativos vinculados a la alimentación.

### **Presión social percibida**

Se le considera como un indicador indirecto de la sintomatología de AN, el cual hace referencia a los comentarios por parte de familiares o conocidos, relacionados a la extrema delgadez o hábitos alimenticios de una persona (Garner y Garfinkel, 1979).

## **1.5 Prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario**

De acuerdo con Dorian y Garfinkel (como se citó en Fandiño et al., 2007) existe una tasa de prevalencia de TCA de 0.5% a 1% en la población general y una incidencia por año de un caso por cada 1000 mujeres de un rango de edad de 13 a 18 años. La mayoría de los casos emergen en la adolescencia con una prevalencia de 0.5% para AN y 1% para BN.

En otro estudio realizado por Rivas y colaboradores (2001) se encontró una prevalencia de AN para hombres de 0.5% y para mujeres de 0.4%. Los hombres tuvieron





porcentajes mayores en bajo peso (8.9%), negación del peligro que comporta su bajo peso (8.1%) y exageración de su importancia en la autoevaluación (6.5%); en el caso de las mujeres se obtuvieron mayores puntajes en exageración de su importancia en la autoevaluación (17.9%), bajo peso (7.6%) y la alteración de la percepción del peso o de la silueta (7.3%). En cuanto a la BN se observa una prevalencia mayor en mujeres (0.6%) que en los hombres (0.2%). Las mujeres presentaron puntajes mayores en los criterios de: autoevaluación exageradamente influenciada por el peso y silueta corporal (17.9%), presencia de atracones recurrentes (9.3%), ejercicio excesivo (8.7%), ayuno (7.7%) y vómito (4.4%); mientras que para los hombres se observaron mayores puntajes en: ejercicio excesivo (19.4%), autoevaluación exageradamente influenciada por el peso y silueta corporal (6.5%) y presencia de atracones recurrentes (6%).

De acuerdo con los datos recabados de investigaciones previas, se corrobora una mayor presencia de AN y BN en la población en general en comparación a los otros tipos de TCA, por lo cual se considera importante enfocarse en el estudio de dichos trastornos.

## **1.6 Etiología de los trastornos del comportamiento alimentario**

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013) existen cuatro factores comunes de riesgo, entre los cuales se encuentran los factores ambientales que avalan una relación entre la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez; los genéticos y fisiológicos que predisponen a los familiares a desarrollar de igual modo algún tipo de TCA; los modificadores del curso que explican la existencia de una comorbilidad psiquiátrica que





predice un mayor deterioro a largo plazo en BN; y los temperamentales, aquellos que presentan trastorno de ansiedad, muestran rasgos obsesivos, baja autoestima, síntomas depresivos, preocupaciones por el peso, aumenta el riesgo de desarrollar tanto AN como BN.

Hilde Bruch es considerada una de las pioneras en el estudio sistemático de los TCA, al brindar en la década de los 70's una primera serie de supuestos respecto a la caracterización de la AN; así, en 1978 publicó una descripción de los rasgos que, de acuerdo con sus observaciones, tenían en común un grupo de pacientes, que en general eran mujeres. La autora logró identificar que algunas personas eran más vulnerables que otras. Por ende, esto ha dado lugar a un profundo interés en cuanto a identificar qué factores del individuo pueden representar una condición de mayor vulnerabilidad y, de entre ellos, uno de los que ha sido objeto de especial atención es la personalidad. Bruch (1978) describió que las pacientes con TCA no se consideraban a sí mismas como personas autocontroladas, independientes y autosuficientes.

De entre estos factores de personalidad que han sido estudiados se encuentran aspectos como autoestima, ansiedad y depresión. A continuación se realizará una breve reseña de las investigaciones de estas variables y su relación con la AN.



## Capítulo 2

### Factores psicológicos y anorexia nerviosa

#### 2.1 Autoestima y anorexia nerviosa

De acuerdo con Rosenberg (1965) la autoestima hace referencia a los sentimientos de uno mismo que pueden ser positivos o negativos, resultantes de la autoevaluación. En general, Karpowicz, Skärsäter y Nevonen (2009) señalan que la autoestima significa el respeto hacia uno mismo. Las personas con alta autoestima no se ven a sí mismos como mejores que otros, pero definitivamente no son peor que otros. Para las personas con baja autoestima, sucede lo contrario, ellas no están satisfechas consigo mismas, carecen de respeto por su propia persona.

Otros autores que se encargaron de definir recientemente la autoestima son Ikeda, Crawford y Woodward-López (2006) y la conceptualizan como qué tanto una persona se quiere, acepta y respeta a sí misma. La autoestima se forma no sólo por las propias percepciones y expectativas de un niño(a), sino también por las percepciones y expectativas de las personas significativas en su vida; cómo es considerado(a) y tratado(a) por sus padres, maestros y amigos.

En las investigaciones de autoestima y AN (Tabla 2) se ha encontrado que, en muestra comunitarias, existe una relación inversa entre autoestima y la sintomatología de AN (Moreno y Ortiz, 2009). También se han observado diferencias significativas en







las puntuaciones de autoestima al compararse entre grupos con y sin insatisfacción corporal (Tomori y Rus-Makovec, 2000). Además, se han obtenido resultados favorables en el nivel de autoestima posterior a un tratamiento en personas diagnosticadas con TCA (Karpowicz et al., 2009; Lázaro et al., 2011).



Tabla 2

Investigaciones sobre autoestima y anorexia nerviosa

Autor	Año	Muestra	Medidas	Resultados
Moreno y Ortiz	2009	298 alumnos de una secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz.	Test de Actitudes Alimentarias (EAT), Cuestionario de la Figura corporal (BSQ) y Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEA).	En lo relativo a la relación entre trastornos alimentarios y la autoestima se indica una relación significativa negativa entre ambas variables.
Tomori y Rus-Makovec	2000	4700 alumnos de escuelas preparatoria de Eslovenia	Escala de Autoestima de Rosenberg.	En el grupo de los adolescentes con insatisfacción corporal diferían de los satisfechos en su nivel de autoestima.
Karpowicz, Skärsäter y Nevonen	2009	38 mujeres del Queen Silvia Children's Hospital	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE-S). Inventario de Trastornos Alimentarios 2 (EDI-2).	Los resultados mostraron una diferencia significativa en la autoestima de los pacientes antes y después del tratamiento, tanto para los RSE-S ( $t = 3.8, p = .0001$ ) y la escala de ineficacia del EDI-2 ( $t = 5.1, p = .0001$ ).





## **2.2 Ansiedad y anorexia nerviosa**

La ansiedad es entendida como un estado emocional negativo, caracterizado por tensión o nerviosismo, que involucra síntomas fisiológicos, por ejemplo, palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Hasta ahora, los estudios encontrados han comparado los niveles de ansiedad en diferentes grupos (Tabla 3). Los resultados indican que existe mayor grado de ansiedad en muestras clínicas en comparación con un grupo control (Solano y Cano, 2012); mujeres expuestas a imágenes delgadas y obesas con respecto a las que se les mostraron imágenes de mujeres haciendo ejercicio (Jiménez y Silva, 2010); y mujeres con TCA no especificado de AN (TCANE-AN) en contraste con las de TCA no especificado de BN (TCANE-BN) (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011).



Tabla 3

Investigaciones sobre ansiedad y anorexia nerviosa

Autor	Año	Muestra	Medidas	Resultados
Solano y Cano	2012	204 mujeres entre los 15 y 22 años de edad (74 participantes de grupo control y 130 grupo experimental)	Entrevista semiestructurada para el diagnóstico de los TCA (IDED). Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	Las medidas obtenidas por el grupo clínico correspondieron a un nivel de ansiedad severo, por el contrario, en el grupo control correspondieron a un nivel moderado- bajo de ansiedad.
				Se encontró que el nivel de ansiedad disminuyó únicamente entre las participantes del grupo al que se le presentaron las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.
Jiménez y Silva	2010	376 mujeres entre 17 y 24 años	Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.	





Continúa...

Tabla 3

Investigaciones sobre ansiedad y anorexia nerviosa (continuación)

		98 mujeres: 17 BN purgativa, 17 BN no purgativa, 64 con TCA no especificado (22 TCANE-AN y 42 TCANE-BN)	Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo Forma de diagnóstico para TCA de acuerdo con el DSM- IV-TR (APA, 2000).	Las mujeres con AN pueden mostrar niveles más altos de ansiedad que sus contrapartes con otros TCA.
--	--	---	---	---





## **2.3 Depresión y anorexia nerviosa**

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) definen la depresión como el conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, las que conllevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, mismas que se reflejan en las emociones y las conductas del individuo.

Las investigaciones realizadas con respecto a la depresión y anorexia nerviosa (Tabla 3) se ha encontrado que existe una relación positiva entre estas dos variables (Guadarrama, Domínguez, López y Toribio, 2008; Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009).

A partir de las investigaciones mencionadas se observa que aquellas personas con sintomatología de AN o insatisfacción corporal reportan mayores niveles de depresión.



Tabla 4

Investigaciones sobre depresión y anorexia nerviosa.

Autor	Año	Muestra	Medidas	Resultados
Guadarrama, Domínguez, López y Toribio.	2008	266 (152 mujeres, 114 hombres) de una Preparatoria particular del sur del Estado de México	Inventario de Depresión de Beck. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)	En cuanto a la muestra en general, se obtuvo que la AN establece una relación positiva moderada con la depresión. ( $r = .424, p = .001$ ). En cuanto a las mujeres se obtuvo que la anorexia con la depresión correlaciona de manera baja y positiva ( $r = .27, p = .001$ ). Para los hombres la relación entre anorexia con la depresión se mostraron de manera moderada y positiva, e incluso con mayor puntaje que la muestra femenina ( $r = .461, p = .001$ ).

Continúa...





Tabla 4

Investigaciones sobre depresión y anorexia nerviosa (continuación)

Autor	Año	Muestra	Medidas	Resultados
			Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40).	
			Lista de Adjetivos de Axelrod para detectar presencia de tono afectivo depresivo	
Jiménez y Silva.	2010	376 mujeres estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad de Negocios (IS EC)	Cuestionario de emociones. Exposición de imágenes de mujeres (delgadas, obesas y haciendo ejercicio o alimentándose sanamente).	Se encontró que en los tres grupos disminuyó significativamente el nivel de depresión. Se encontraron correlaciones negativas moderadas entre el cuestionario de emociones y el de depresión posteriores a la exposición de las imágenes.

Continúa...







Tabla 4

Investigaciones sobre depresión y anorexia nerviosa (continuación)

Autor	Año	Muestra	Medidas	Resultados
Tomori y Rus-Makovec.	2000	4700 alumnos de preparatoria de Eslovenia	Escala de Depresión de Zung	En el grupo de los varones, los adolescentes insatisfechos corporalmente diferían de los satisfechos en su nivel de depresión.
Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci.	2009	700 adolescentes mujeres de 7 escuelas públicas de Educación General Básica	Inventario de Depresión de Beck. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)	Se obtiene en todos los casos una alta asociación estadísticamente significativa entre las variables TCA entre dieta, bulimia y depresión con una de $p = .0001$ y entre el Beck y en la Escala Control del EAT-26, por las adolescentes tardía de $p = .03$





## **Capítulo 3.**

### **Metodología**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

El estudio de la etiología de la AN es de suma importancia debido a la creciente incidencia tanto en sus formas parciales como de sus síntomas en diferentes contextos (Machado et al., 2004; Mancilla-Díaz et al., 2007; Streigel-Moore, Franko y Ach, 2006). Una vez clara la prevalencia de AN, ha surgido la pregunta a contestar ¿qué características psicológicas pueden estar asociadas al desarrollo de la sintomatología de AN?.

Con la realización del presente estudio se pretende aportar evidencia empírica con respecto a factores psicológicos que probabilizan el desarrollo de la sintomatología de AN, específicamente aquellos factores individuales tales como la depresión, la autoestima y la ansiedad, en la anorexia nerviosa. En este sentido se contribuiría en la conformación de intervenciones (preventivas y tratamiento) para este tipo de trastornos.

#### **3.2 Justificación**

Con base a la revisión empírica anteriormente realizada, se han identificado que los factores psicológicos (autoestima, ansiedad y depresión) se encuentran vinculados a padecimientos que tienen como características elementales la insatisfacción corporal,



las conductas alimentarias anómalas y la práctica compulsiva de estrategias dirigidas a la modificación del peso o forma corporal, y se destaca la importancia de analizar la información en muestras no clínicas, en la cuales se pueda apreciar sintomatología de AN de la población en general. En este sentido, se pretende realizar aportaciones con respecto a la presentación de evidencias que permitan ampliar la comprensión de estos trastornos.

### **3.3 Preguntas de investigación**

¿Cuál es la relación de los factores psicológicos (autoestima, ansiedad y depresión) con la sintomatología de la anorexia nerviosa en estudiantes universitarios?

¿Cómo son las diferencias en los niveles de los factores psicológicos (autoestima, ansiedad y depresión) entre estudiantes universitarios con y sin sintomatología de anorexia nerviosa?

### **3.4 Objetivos generales**

Analizar la relación de autoestima, ansiedad y depresión con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.

Evaluar las diferencias en los niveles de autoestima, ansiedad y depresión entre estudiantes universitarios con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.

#### **3.4.1 Objetivos particulares.**



- Estimar la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa en los estudiantes universitarios.
- Comparar los niveles de autoestima entre estudiantes universitarios con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.
- Contrastar los niveles de depresión entre estudiantes universitarios con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.
- Analizar las diferencias de los niveles de ansiedad entre estudiantes universitarios con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.
- Indagar sobre la relación del nivel de autoestima con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.
- Evaluar la relación del nivel de depresión con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.
- Examinar la relación del nivel de ansiedad con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.

### **3.5 Hipótesis**

- Existirán diferencias en los niveles de autoestima entre los grupos con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.
- Se hallarán diferencias en los niveles de depresión entre los grupos con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.



- Se encontrarán diferencias en los niveles de ansiedad entre los grupos con y sin sintomatología de anorexia nerviosa.
- Habrá una relación del nivel de autoestima con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.
- Se observará una relación del nivel de depresión con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.
- Se identificará una relación del nivel de ansiedad con la sintomatología de anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.

### **3.6 Variables**

#### **3.6.1 Insatisfacción corporal pro-adelgazamiento.**

De acuerdo con Garner (1988) la insatisfacción corporal es concebida como una alteración psicológica que muestra inconformidad por el peso corporal, de tal forma que la persona califica la forma de su cuerpo como más voluminoso de lo deseable.

#### **3.6.2 Restricción alimentaria.**

La restricción alimentaria o dieta restrictiva se refiere a la reducción o abstinencia en la ingestión de alimentos, que va desde la omisión de un solo alimento, hasta la evitación de alimento por un tiempo determinado con la intención de perder peso corporal (Vázquez et al., 2002).





### **3.6.3 Motivación para adelgazar.**

Se refiere a la preocupación que un individuo desarrolla acerca de su peso corporal, dieta e intenso miedo a volverse obeso (Garner et al., 1983).

### **3.6.4 Preocupación por la comida.**

Esta tipo de preocupación incluye pensamientos, comportamientos y emociones que provocan afectos positivos y negativos vinculados a la alimentación (Tapper y Pothos 2010).

### **3.6.5 Presión social percibida.**

Hace referencia a los comentarios por parte de familiares o conocidos, relacionados a la extrema delgadez o hábitos alimenticios de una persona (Garner y Garfinkel, 1979).

### **3.6.6 Autoestima.**

Son los sentimientos de uno mismo que pueden ser positivos o negativos, resultantes de la autoevaluación (Rosenberg, 1965)



### **3.6.7 Depresión.**

Conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, las que conllevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, mismas que se reflejan en las emociones y las conductas del individuo (Beck et al., 1979).

### **3.6.8 Ansiedad.**

Es un estado emocional negativo, caracterizado por tensión o nerviosismo, que involucra síntomas fisiológicos, por ejemplo, palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo (Beck et al., 1985).

## **3.7 Participantes**

Se conformó una muestra no probabilística de tipo intencional de 609 estudiantes universitarios de entre 17 y 34 años de edad ( $M = 19.67$ ,  $DE = 2.69$ ), de los cuales 344 fueron mujeres ( $M_{\text{edad}} = 19.27$ ,  $DE = 2.31$ ) y 265 varones ( $M_{\text{edad}} = 20.19$ ,  $DE = 3.05$ ), todos ellos provenientes de instituciones educativas (públicas y privadas) ubicadas en la zona metropolitana de la Ciudad de México.



### **3.8 Método de investigación**

La investigación cuantitativa se basa en la recolección de datos que bajo el análisis contestan preguntas y comprueban hipótesis de una investigación basada en el comportamiento de una población, haciendo uso de herramientas numéricas y de la estadística para establecer datos exactos. Dicha investigación busca explicar y predecir la información de la realidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **3.9 Alcance del estudio**

El presente estudio tiene un alcance descriptivo-correlacional, ya que busca especificar variables, sometiéndolas al análisis de manera conjunta con el propósito de medir la relación entre las mismas, cuantificando su vinculación, confirmando o rechazando las hipótesis planteadas (Hernández et al., 2010).

### **3.10 Diseño de investigación**

Se realizó una investigación no experimental de tipo transeccional, debido a que ninguna de las variables se verá manipulada por otra y únicamente se analizará la asociación de variables expuestas en una sola aplicación de pruebas psicométricas (Hernández et al., 2010).





### 3.11 Instrumentos

#### 3.11.1 Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)

El EAT-40 (Anexo 1) es un instrumento desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) con la finalidad de identificar la presencia de los síntomas característicos de la AN. Este cuestionario consta de 40 preguntas tipo Likert, con seis opciones de respuesta y un punto de corte internacional de 30. En México fue validado en mujeres, con muestra comunitaria (Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez, 2002) y muestra clínica (Alvarez-Rayón et al., 2004), mostrando poseer, en ambos casos, buena consistencia interna ( $\alpha = .72$  y  $.90$ , respectivamente), y se estableció un punto de corte de 28. Además, se propuso una estructura de cinco factores: dieta restrictiva, motivación para adelgazar, bulimia, preocupación por la comida y presión social percibida. En varones de muestra comunitaria, Vázquez et al. (2010) observó que el EAT-40 cuenta con adecuada consistencia interna ( $\alpha = .79$ ).

#### 3.11.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI (Anexo 2) fue diseñado por Beck y Steer (1993) para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión. Fue validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna ( $\alpha = .87$ ). El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres.





### 3.11.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El BAI (Anexo 3) fue creado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) con el propósito evaluar la presencia y severidad de los principales síntomas de ansiedad. Fue validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), quienes observaron que el BAI posee buena consistencia interna en estudiantes universitarios ( $\alpha = .84$ ). Está constituido por 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que se califican en una escala de cero a tres.

### 3.11.4 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

La Escala de autoestima de Rosenberg (Anexo 4) fue diseñada por Rosenberg (1965) con la finalidad de medir el sentimiento que una persona tiene hacia sí mismo, que puede ser positivo o negativo, y que se construye por medio de una evaluación de sus propias características. En 2005, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural en 53 naciones, en el cual se reportó que en México la escala mostró tener una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .73$ ). La versión original de la RSES está constituida por 10 ítems diseñados bajo el formato de una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de uno a cuatro. Para el presente estudio, se tomó la revisión de la escala con ocho (sin los reactivos 8 y 5), la cual reportó tener adecuada consistencia interna ( $\alpha = .79$ ; Bosques, 2015).



### **3.12 Procedimiento**

Se acudió a las instituciones educativas para presentar a los directivos la investigación y a su vez, solicitar su autorización para realizar la aplicación de la batería de pruebas a sus estudiantes. Posteriormente, se establecieron las fechas y horarios de aplicación. Después, se les presentó a los alumnos participantes (en sus respectivos salones de clase) el objetivo del proyecto y se les resaltó la relevancia de contar con su participación. Finalmente, y con previa firma del consentimiento informado, se realizó la aplicación de manera grupal (entre 20 y 30 estudiantes) en una sola sesión con duración aproximada de 45 minutos.

### **3.13 Análisis estadístico**

Para el análisis asociativo entre las variables se aplicaron correlaciones bivariadas ( $r$  de Pearson). Para realizar las comparaciones entre grupos con y sin sintomatología de AN, se empleó  $U$  de Mann-Whitney. Cabe señalar que se obtuvo una muestra aleatoria del grupo sin sintomatología de AN comparable con el grupo con sintomatología. Los análisis de esta investigación se realizarán con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows versión 18.



## Capítulo 4

### Resultados

#### 4.1 Presencia de la sintomatología de anorexia nerviosa

Para conocer la presencia de la sintomatología de AN, se obtuvieron los porcentajes con base en el número de casos que rebasaron el punto de corte de EAT-40 ( $\geq 28$ ) en la muestra total y por género (Tabla 5). En general, 5.1% de la muestra presentaron sintomatología de AN, este porcentaje fue mayor al considerar solo a las mujeres (7.3%) con respecto a los hombres (2.3%).

Tabla 5

*Incidencias con respecto a puntos de corte rebasados en la escala del EAT-40*

	Muestra total ( <i>N</i> = 609)	Mujeres ( <i>n</i> = 344)	Hombres ( <i>n</i> = 265)
Sintomatología de	5.1%	7.3%	2.3%
AN	(31)	(25)	(6)

*Nota:* Dentro del paréntesis se indica el número de casos.



**a. Comparación de autoestima, ansiedad y depresión por presencia de sintomatología de anorexia nerviosa**

Para conocer las diferencias de los niveles de autoestima, ansiedad y depresión entre los grupos con y sin sintomatología de AN se realizaron pruebas  $U$  de Mann-Whitney. Como se puede observar en la tabla 6, se obtuvieron diferencias estadísticamente no significativas en autoestima ( $U = 147.00, p > .05$ ), ansiedad ( $U = 160.50, p > .05$ ) y depresión ( $U = 160.00, p > .05$ ) al contrastar los rangos promedios de los grupos con y sin sintomatología de AN.

Tabla 6

*Rangos promedio de la autoestima, ansiedad y depresión por sintomatología de anorexia nerviosa*

	Con sintomatología de AN ( $n = 19$ )	Sin sintomatología de AN ( $n = 19$ )	$U$
Autoestima	21.26	17.74	147.00
Ansiedad	18.45	20.55	160.50
Depresión	18.42	20.58	160.00





### 4.3 Relación de los niveles de autoestima, ansiedad y depresión con la sintomatología de anorexia nerviosa

Con el objetivo de valorar la asociación de la autoestima, la ansiedad y la depresión con la sintomatología de AN, se calcularon coeficientes de correlación  $r$  de Pearson en la muestra total. Como resultado, se observaron correlaciones estadísticamente significativas, negativas y débiles de la puntuación del total del EAT-40 y sus subescalas con autoestima, sobresalen la asociación de ésta con la preocupación por la comida. Además, se puede apreciar que el factor Presión Social Percibida, fue la única subescala que no alcanzó una relación significativa con autoestima. En tanto que se obtuvieron correlaciones significativas, positivas y de mayor magnitud con ansiedad y depresión (Tabla 7). Al respecto, destacan las asociaciones de ansiedad y depresión con la puntuación total del EAT-40, el factor bulimia, motivación para adelgazar y preocupación por la comida.

Tabla 7

*Correlaciones de los síntomas de AN con la autoestima, ansiedad y depresión*

Muestra Total N = 609	Autoestima	Ansiedad	Depresión
Total EAT-40	-.18****	.32****	.34****
DR	-.11*	.23****	.27****
B	-.13**	.35****	.35****





MA	-.14**	.32****	.32****
PC	-.25****	.29****	.34****
PSP	-.10	.17***	.20****

---

*Nota:* EAT-40 = Puntuación total del EAT-40, DR = dieta restrictiva, B = bulimia, MA = motivación para adelgazar, PC = preocupación por la comida, PSP = presión social percibida.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , \*\*\*\*  $p < .0001$ .



## **Capítulo 5.**

### **Discusión**

El propósito de la presente investigación fue analizar la relación de los factores psicológicos (autoestima, ansiedad y depresión) con la sintomatología de AN. Asimismo, se evaluaron las diferencias de dichos factores psicológicos en estudiantes universitarios con y sin sintomatología de AN.

En primera instancia, se detectó la presencia de sintomatología de AN en la muestra de estudiantes universitarios. En general, se observó un porcentaje de 5.1% de sintomatología de AN, y como se esperaba, la frecuencia en las mujeres fue mayor (7.3%) en comparación a los hombres (2.3%). Al respecto, se encontraron porcentajes mayores a los consultados en la literatura (Dorian y Garfinkel como se citó en Fandiño et al., 2007; Rivas et al., 2001). Aunque se reconoce como relevante la presencia de los síntomas de AN en la muestra analizada, ha de tomarse con cautela los datos aquí reportados dado que los porcentajes se obtuvieron a partir del punto de corte del EAT-40 y no con entrevista diagnóstica que corrobora o descarta el padecimiento.

En segundo lugar, se realizaron comparaciones de los factores psicológicos por presencia y ausencia de sintomatología de AN. Contrario a lo esperado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas de autoestima, ansiedad y depresión entre los grupos como se ha observado en otros estudios (Karpowicz et al., 2009; Pascual et al., 2011; Solano y Cano, 2012; Tomori y Rus-Makovec, 2000).





No obstante, ha de considerarse que los resultados presentados en este análisis se deban a los tamaños de las muestras, puesto que resultaron ser pequeñas.

Por último, se analizaron las correlaciones entre los factores psicológicos y los del EAT-40. De acuerdo con los resultados, las correlaciones más relevantes se presentaron en ansiedad y depresión, la literatura también ha dado muestra de los hallazgos encontrados en la presente investigación (Guadarrama et al., 2008; Pascual et al., 2011; Solano y Cano, 2012; Vega et al., 2009). Con respecto a la autoestima también se encontraron asociaciones significativas aunque más débiles, otros autores refieren datos empíricos que refieren este factor con aspectos sintomatológicos de AN (Moreno y Ortiz, 2009; Tomori y Rus-Makovec, 2000). Además, se considera importante señalar que, las relaciones más relevantes, involucrando a la autoestima, la ansiedad y la depresión, se presentaron con la preocupación por la comida. En segundo término ansiedad y depresión tuvieron correspondencia con aspectos como la bulimia y la motivación para adelgazar; y a menor magnitud con la dieta restrictiva. Todos estos síntomas de AN son factores de tipo conductual y cognitivo a diferencia de la presión social percibida considerado como un componente indirecto y cuyas asociaciones fueron las menos destacadas.

Los estudios con respecto al desarrollo de la AN se han dirigido a dimensiones ambientales, genéticas, modificadoras y temperamentales. Sin duda cada uno de estos aspectos tienen injerencia en la aparición de este tipo de patologías. El presente estudio se enfocó a la asociación de características





individuales con la presencia de cogniciones y comportamientos alimentarios no saludables. Al respecto, se considera que, las personas que muestran cierta vulnerabilidad, es decir mayor ansiedad y depresión así como menor autoestima, pueden aumentar la probabilidad de desarrollar TCA como lo es AN. Es más, esta condición psicológica en conjugación con aspectos ambientales (e.g., la influencia de los medios de comunicación y los pares) pueden potencializar el desarrollo de cogniciones y comportamientos patológicos dirigidos a la práctica de dietas rigurosas, ejercicio excesivo, conductas compensatorias, entre otras, con tal de conseguir un ideal estético socialmente aprobado en la cultura occidental.

### **5.1 Limitaciones y sugerencias**

Para la realización de futuras investigaciones se sugiere incluir la entrevista para evaluación completa de los casos que rebasaron el punto de corte del EAT-40 en la muestra estudiada, con ello se conseguiría afinar la prevalencia de AN confirmando o descartando el padecimiento.

Por otra parte, con respecto a los análisis de comparación presentados en el presente estudio es necesario ampliar la muestra de casos de sintomatología de AN y así dichos análisis puedan ser más confiables.





Asimismo, hay que tomar en cuenta la condición de la muestra estudiada en la presente investigación (no probabilística y de tipo intencional) lo cual dificulta la generalización de los resultados observados sobre la población.

Como conclusión, se encontró que a mayor ansiedad, mayor depresión y menor autoestima, también hay un mayor de sintomatología de AN en estudiantes universitarios.



## Referencias

Alvarez, G., Mancilla, J. M., & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.

Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.

Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, M. D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.)* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.



Beck, A., T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Handbook of Beck Depression Inventory*. Estados Unidos: Psychological Corporation.

Bosques, B. L. E. (2015). *Efecto de la adhesión a los estereotipos de género sobre la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario y dismorfia muscular: Identificación de variables mediadoras*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Massachusetts: Harvard University Press.

Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C., & Espinosa, R. (2007) Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351.

Garner, D. M. (1998). EDI-2: *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.



Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15–34.

Guadarrama, R., Domínguez, K., López, R., & Toribio, L. (2008). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud, 18*, 57-61.

Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Ikeda, J., Crawford, P., & Woodward-López, G. (2006). BMI screening in schools: Helpful or harmful?. *Health Education Research, 21*, 761-769.

Jiménez, B., & Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología, 26*. 11-17.



Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998).

La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonen, L. (2009) Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 318-325.

Lázaro, L., Font, E., Morano, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés- Perpiñá, S., ... Castro-Fornieles, J. (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a Day Hospital Treatment Programme. *European Eating Disorders Review*, 19, 398-406.

Machado, P., Lameiras, M., Goncalves, S., Martins, C., Calado, M., Machado, B. C., ... Fernández, P. (2004). Eating related problems amongst Iberian female college students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 495-504.

Mancilla, J. M., Gómez, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X., & Acosta, M. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: J. M. Mancilla & G. Gómez, (Eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. (pp. 123-171). México: Manual Moderno.



Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Alvarez-Rayón, G., & Ocampo, M. T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review, 15*, 1-8.

Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica, 27*(2), 181-190.

Pascual, A., Etxebarria, I., & Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*, 1-11.

Portela, M., Da Costa, H., Mora Giral, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria, 27*, 391-401.

Raich, R. (2000) *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rivas, T., Bersabé, R., & Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. *Salud Mental, 24*(2), 25-31.





Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.

Schmitt D. P. & Allik J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.

Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(5), 863-872.

Solano, N., & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24, 384-389.

Streigel-Moore, R. H., Franko, D. L., & Ach, E. L. (2006). Epidemiology of eating disorders: An update. En: S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger. (Eds). *Annual review of eating disorders: Parte 2*. (pp. 65-80). Reino Unido: Academy for Eating Disorders.



Tapper, K. & Pothos, E. M. (2010). Development and validation of a Food Preoccupation Questionnaire. *Eating Behaviors*, 11(1), pp. 45-53.

Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26, 361-367.

Vázquez, R., Fuentes, E., Báez R., M., Álvarez, G., & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1), 72-82.

Vázquez, A. R., Saucedo, V. I. A., Ocampo, T. M. T., López, A. X., Mancilla, D. J. M., & Alvarez, R. G. L. (2010). Psychometric properties of the Eating Attitudes Test for men. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 39-46.

Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J., & Tocci, R. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 16, 103-114.

Zung, W. (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70.



# ANEXOS





INSTRUCCIONES

Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.

1. Contesta de manera individual
2. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
3. No hay respuestas "buenas" ni "malas"
4. Anota una X en el cuadro que contenga la opción que mas se adecue a lo que piensas.
5. Recuerda que la información que proporciones será confidencial

Nombre:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
Escolaridad:						
Edad:						
Fecha:						
1.-Me gusta comer con otras personas.						
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3.-Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.-Me da mucho miedo pesar demasiado						
5.-Procuró no comer aunque tenga hambre						
6.-Me preocupo mucho por la comida						
7.-A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.-Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)						
11.-Me siento lleno(a) después de las comidas.						
12.-Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.-Vomito después de haber comido.						
14.-Me siento culpable después de comer.						
15.- Me preocupa el deseo de estar mas delgado(a)						

Nu	nc	C	a	s	i	A	l	g	u	B	a	s	t	C	a	s	i	S	i	e
----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---





16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17.-Me peso varias veces al día						
18.-Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19.-Disfruto comiendo carne.						
20.-Me levanto pronto por las mañanas.						
21.-Cada día como los mismos alimentos						
22.- Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio						
23. HOMBRES: No ha disminuido mi interés sexual MUJERES: Tengo la menstruación regular.						
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)						
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26.-Tardo en comer más que las otras personas						
27.-Disfruto comiendo en restaurantes.						
28.-Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)						
29.-Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30.-Como alimentos dietéticos						
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.-Me controlo en las comidas.						
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35.- Tengo estreñimiento.						
36.-Me siento incómodo(a) después de comer dulces						
37.-Me comprometo a hacer dietas						
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.-Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40.-Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

RSE

Empty rounded rectangular box for notes or comments.





INSTRUCCIONES

- 1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más veridicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas.
5. No hay respuestas "buenas" ni "malas".
6. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

Form with fields for Nombre, Edad, Escolaridad, Fecha and a table with 10 items and 4 columns: Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Acuerdo, Totalmente de acuerdo.

INVENTARIO DE BECK (BAI)





**INSTRUCCIONES**

- 1.- Lea cuidadosamente cada afirmación antes de contestarla.
- 2.- Indique cuánto le ha molestado cada aspecto durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.
- 3.- Conteste de manera individual.
- 4.- Al contestar cada pregunta, hágalo lo más verídicamente posible.
- 5.- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 6.- Recuerde que la información que proporcione será confidencial.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

civil: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Poco o nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentir oleadas de calor (Bochorno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Debilitamiento de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que pase lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensación de mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terror	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Manos temblorosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cuerpo tembloroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Indigestión, o malestar estomacal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ruborizarse, sonrojamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**“GRACIAS”**







*INVENTARIO DE BECK (BDI)*

**INSTRUCCIONES**

**En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y escoja una oración de cada grupo, aquella que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió pero asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- (1)      0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado (a) que no puedo soportarlo.
- 
- (2)      0. No me siento especialmente desanimado (a) de cara al futuro.
1. Me siento desanimado (a) de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada porque luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 
- (3)      0. No me siento como un (a) fracasado (a).
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.





- (4)
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
  2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
  3. Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con respecto a todo.
- (5)
0. No me siento especialmente culpable.
  1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  3. Me siento culpable constantemente.
- (6)
0. No creo que esté siendo castigado (a).
  1. Siento que quizá esté siendo castigado (a).
  2. Espero ser castigado (a).
  3. Siento que estoy siendo castigado (a).
- (7)
0. No estoy descontento (a) de mí mismo (a).
  1. Estoy descontento (a) de mí mismo (a).
  2. Estoy a disgusto conmigo mismo (a).
  3. Me detesto.
- (8)
0. No me considero peor que cualquier otro (a).
  1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
  2. Continuamente me culpo por mis faltas.
  3. Me culpo por todo lo malo que sucede.





(9)

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

(10)

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

(11)

0. No estoy especialmente irritado (a).
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado (a) continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

(12)

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado (a) en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

(13)

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.





(14)

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado (a) porque parezco envejecido (a) y poco atractivo (a).
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo (a).
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

(15)

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo (a) para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

(16)

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

17)

0. No me siento más cansado (a) de lo habitual.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado (a) para hacer nada.

(18)

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.





(19)

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de dos kilos.
2. He perdido más de cuatro kilos.
3. He perdido más de siete kilos.

Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos.

Si.        No.

(20)

0. No estoy preocupado (a) por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado (a) por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

(21)

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

**“GRACIAS”**