

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

POR:

ESLI BRISEIDHY GONZÁLEZ BENÍTEZ

JULIO DE 2014

RESUMEN

ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

por

Esli Briseidhy González Benítez

Asesora: Dra. Ana Lucrecia Salazar

RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

Investigadora: Esli Briseidhy González Benítez

Asesora: Dra. Ana Lucrecia Salazar Rodríguez, Doctora en Educación

Fecha de terminación: Julio de 2014

Problema

El problema de esta investigación fue conocer el nivel de anorexia y bulimia nerviosa que existe en las adolescentes que acuden a una escuela preparatoria en Allende N.L durante el curso escolar 2013-2014.

Metodología

Esta investigación es descriptiva porque el propósito es describir situaciones y eventos, también medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Es transversal ya que las encuestas se obtuvieron en una única medición de las exposiciones y eventos en los sujetos de estudio en un momento dado.

Resultados

En general se percibe un nivel de anorexia con una media de 8.16 (DE = 8.93), en un intervalo de 0 a 78. Del total de mujeres solo un 10% manifiesta síntomas de anorexia a nivel alto. Se percibe un nivel de bulimia con una media de 103.60 (DE = 8.85), en un intervalo de 36 a 140. Del total de mujeres un 51.9% manifiesta síntomas de bulimia.

Conclusiones

A continuación, del presente estudio se han podido extraer las siguientes conclusiones.

1. Un 10% de las alumnas se encuentran en término alto, tienen síntomas y padecen de anorexia nerviosa.
2. Un 52% de las alumnas están detectadas con sintomatología bulímica.
3. Se perciben más problemas de bulimia que de anorexia entre el grupo de estudiantes.

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

Facultad de Psicología

ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

Tesis
presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos para obtener el grado de
Licenciatura en psicología Clínica

por

Esli Briseidhy González Benítez

Julio de 2014

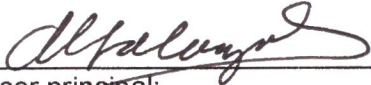
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN
ESTUDIANTES DE PREPARATORIA


Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

Esli B. González Benítez

APROBADA POR LA COMISIÓN:


Asesor principal:
Dra. Ana Lucrecia Salazar R.


Miembro: Mtra. Brenda Tabardillo


Director del protocolo de tesis:
Mtro. Luis Arturo Ramón S.


Miembro: Dr. Jaime Rodríguez G.

15 DE JULIO DE 2014
Fecha de aprobación

DEDICATORIA

Primeramente le doy gracias a Dios por nunca dejarme y por su infinito e inmensurable amor, gracias por guiarme hasta aquí y por darme sabiduría y entendimiento. Gracias Señor por los mejores padres del mundo, a Luz María y Alberto. Gracias mami por apoyarme y por creer en mí, gracias por tus oraciones diarias y constantes, estoy segura que sin ellas no hubiera sido lo mismo. Papi gracias por animarme y por darme lo mejor, todo lo que tú haces siempre será suficiente para mí y nunca esperaré más porque tú siempre me das de más! ¡Los amo!

A mis queridos hermanos Ilse y Alberto que amo con todo mi ser, gracias por ser la razón de mis risas al llegar a casa. Son el regalo más grande de Dios y sin ustedes mi vida no sería la misma. ¡Los amo con todo mi ser! A mis abuelitos Federico González Acevedo y María del Carmen Garza del Bosque. Gracias a los dos por sus buenos deseos y su inmenso cariño a lo largo de toda mi vida. Gracias por darme tanto amor, cariño y buenos consejos. A mi abuelita María Elba Ortega Duran, gracias güeli por tus oraciones y por todas las historias compartidas, gracias por amar y consentir tanto a tu muñequita del pastel, te quiero mucho güeli. A mi abuelito David Benítez Rosas que descansa en el Señor, al que veré muy pronto en cielo junto con Jesús. Sé que estaría muy orgulloso de mí y sé que le hubiera gustado compartir esto conmigo. Siempre estará en mis pensamientos.

Gracias a mis amigas y colegas a quien amo y aprecio con todo mi ser, definitivamente mi vida universitaria no hubiera sido lo mismo sin ustedes, gracias por todos los buenos momentos vividos, las amo: Marthaelisa S., Rosina V., Nayeli G., Lorena T., Lorena P., Priscila S., Selene A., Raquel D.

To my dear boyfriend Abimael Bejarano: thank you for your love and care over the years and thank you for your unconditional support and encouragement. Thank you for always believing in me! I love you!

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS		vi
RECONOCIMIENTOS		vii
Capítulo		1
I.	NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	
	Antecedentes	1
	Planteamiento del problema	6
	Declaración del problema	8
	Objetivo de la investigación	9
	Propósito de la investigación	9
	Importancia de la investigación	9
	Justificación del problema	10
	Delimitaciones	11
	Limitaciones	11
	Trasfondo filosófico	11
	Definición de términos	15
Capítulo		18
II.	MARCO TEÓRICO	
	Anorexia nerviosa	18
	Factores predictores de anorexia	21
	Bulimia nerviosa	23
	Factores predictores de bulimia	27
Capítulo		29
III.	METODOLOGÍA	
	Tipo de investigación	29
	Población de estudio	30
	Instrumento	30
	Variables de estudio	33
	Recolección de datos	33
	Análisis de datos	34

Capítulo		
IV.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	36
	Introducción	36
	Datos demográficos y descripción de la muestra	36
	Comportamiento de las variables I.	37
	Comportamiento de las variables II.	37
Capítulo		
V.	RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
	Resumen	41
	Discusión	41
	Conclusiones	45
	Recomendaciones	45
Apéndices		
A.	Cuestionario BULIT-R	48
B.	Cuestionario EAT-26	55
C.	Tablas de Bulimia	57
D.	Tablas de Anorexia	69
	LISTA DE REFERENCIAS	84

LISTA DE TABLAS

1. Tabla de corrección.....	32
2. Operacionalización de las variables	35
3. Ítemes descriptivos de las conductas asociadas a la anorexia.....	39
4. Ítemes descriptivos de las conductas asociadas a la bulimia.....	40
5. Ítemes con fines terapéuticos asociados a la bulimia.....	42

RECONOCIMIENTOS

El reconocimiento es a todas las personas que me ayudaron a realizar este proyecto.

A la directora de la escuela secundaria que me permitió aplicar los instrumentos en su institución y a la secretaria por ayudarme en la colecta de las encuestas.

Reconozco al Mtro. Ciprian Mohorea por sus aportaciones a la mejoría de mi proyecto y al Doctor Mario Pereyra L. y a la Dra. Miriam Acosta. por su enseñanza a través de los años de mi carrera.

A mis asesores de tesis Dra. Ana Lucrecia Salazar, al Dr. Jaime Rodríguez y a la Lic. Brenda Tabardillo por su tiempo y desempeño para poder concluir satisfactoriamente con esta investigación.

Muchas gracias por todo su apoyo.

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Antecedentes

Los trastornos de conducta alimentaria han aumentado en la población general y éstos son considerados como uno de los problemas de salud con repercusiones incluso psiquiátricas en las mujeres jóvenes y están asociados con un alto riesgo de mortalidad, con una tasa baja de recuperación, una comorbilidad alta y alto riesgo de recurrencia (Chinchilla, 2003 citado en Galarsi, Correche y Ledezma 2010). Las actitudes y conductas tan diversas que presentan las personas que padecen de anorexia y bulimia nerviosa hacen difícil el diagnóstico oportuno (Pérez, Licea y Alvarez, 2004 citado en Galarsi, Correche y Ledezma, 2010).

Desde fines del siglo XX, en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, el binomio "anorexia nerviosa-bulimia" ha adquirido una expansión alarmante, considerándose una verdadera "epidemia social" (Chinchilla, 2003, citado en Galarsi, Correche y Ledezma, 2010 p.194).

Se trata de trastornos basados solamente en la obsesión moderna por alcanzar el estereotipo perfeccionista de la imagen corporal que promueven los medios televisivos de comunicación. El actual modelo del cuerpo ideal es inaccesible para la mayoría de las mujeres y no es nada compatible con los estándares de una buena salud. Una dieta que es aparentemente inocente hace que la persona se exponga a una predisposición a la anorexia nerviosa. Cuanto más pasa el tiempo es más difícil

corregirla y hay mayor probabilidad de que las secuelas se tornen irreversibles (Pérez, Licea y Álvarez, 2004, citado en Galarsi, Correche y Ledezma, 2010).

El *Health and Public Policy Committee* (1986) menciona que la consistencia de las características del paciente sugiere que los factores socioculturales influyen en el desarrollo de la anorexia y cita a Bennett y Gurin quienes señalan que un factor puede ser el cambio de ideal para las mujeres que va desde la gordura en el siglo anterior, a la delgadez en el siglo presente. Este fenómeno puede explicarse como una expresión de la liberación femenina de los roles maternal es tradicionales y restrictivos del pasado. La presión competitiva en las mujeres de este siglo para lograr el éxito y la independencia mientras mantienen su rol de esposa, ama de casa y madre, puede crear un ambiente en donde el trastorno se hace más prevalente.

Se estima que la incidencia de anorexia nervosa a nivel mundial es de 8 por cada 1,000,000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100,000 en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para la bulimia nerviosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100,000 habitantes (Hoek, 2006; Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Reavori, Bulik, y Rissanen, 2007 citados en Unikel y Caballero 2010). La anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres la mayoría estando entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nerviosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y los 40 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos (Unikel y Caballero 2010 p.13)."

Según Van Hoeken, Lucas y Hoek, (1998) citado en Unikel y Caballero (2010) la prevalencia de anorexia nerviosa en población general en los países orientales se estima en 0.3%, mientras que la prevalencia de bulimia nerviosa alcanza hasta el 1% en mujeres y 0.1% en hombres.

La prevalencia de anorexia nerviosa que se ha encontrado en varios trabajos realizados en España en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, está en 0.3%-

0.4% y la prevalencia de la bulimia nerviosa está entre el 0,7-0,8% (Olesti, Piñol, Martín, de la Fuente, Riera, Bofarull, y Ricomá, 2008). “En otros países las prevalencias de TCA no son muy diferentes. En un estudio realizado en Budapest (Hungría) se encontró una prevalencia de bulimia nerviosa del 0.6% y no se detectaron casos de anorexia nerviosa.”

En España, Rivas, Bersabé y Castro, (2001, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, los cuales demostraron que un alto porcentaje (27.5%) de la población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. En cuanto a la anorexia, el porcentaje fue de 3.9% en mujeres, mientras que para la bulimia nerviosa el porcentaje es de 0.2%. Por su parte, Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004 citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) realizaron una investigación con 1,534 alumnas adolescentes y reportaron que el 3.4% mostraba un trastorno de la conducta alimentaria; la prevalencia de anorexia fue de 0.6%; de bulimia, 0.6% y de casos incompletos, 2.1%. Recientemente, Olesti, Piñol, Martín y colaboradores (2008, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) en un estudio para detectar la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa, señalaron que de 551 adolescentes mujeres, 0.9% mostraba anorexia y 2.9%, bulimia. En la población femenina en el estado de México, compuesta por 175 sujetos, se obtuvo que 6% presentó síntomas de bulimia y 10% de anorexia (Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011).

Según Galarsi, Correche y Ledezma (2010) y Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004) declaran que una tercera parte de estos pacientes son “personalidades evasi-

vas". Las personas que son anoréxicas tienen la tendencia a ser perfeccionistas y tienden a inhibir sus emociones y su conducta sexual. Son muy sensibles al fracaso y a la crítica, sin importar que tan leve o grave sea, lo cual refuerza la creencia de que no son buenos. Para ellos alcanzar la perfección es volverse libre de los problemas y no necesitar de nada, inclusive de la comida. Dentro de su ideal de perfección se encuentra la imagen de ser una persona delgada, imagen que nunca puede ser atendida, porque la persona anoréxica jamás se verá suficientemente delgada.

Losinno (2008) menciona que, por lo general, los deseos de adelgazar están acompañados por otras manifestaciones clínicas que involucran al cuerpo, tales como la hiperactividad, la amenorrea o la hipotermia. Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) están de acuerdo y también agregan que la anorexia se caracteriza por hipotensión, bradicardia, cabello reseco, lanugo, acrocianosis, atrofia de los senos, inflamación de las glándulas parótidas y sublinguales. Como consecuencia de los vómitos frecuentes, los cuales son autoinducidos, está la pérdida de la dentina y escoriaciones en el dorso de la mano. En unos casos se pueden documentar algunas alteraciones electrocardiológicas debido a la falta de electrolitos los cuales se pierden al vomitar y por el uso frecuente de laxantes.

Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) indican que "entre las determinaciones de laboratorio se suele encontrar hipoglucemia, hipocaliemia, hiponatremia, anemia, leucopenia y neutropenia." (p.130)

Otra característica de la anorexia es la reducción de la grasa corporal y en consecuencia de esto disminuye la concentración de la leptina. Es posible detectar

en un inicio a la persona anoréxica porque se queja de estar “gorda” y también porque fracciona su comida habitual y toma con lapsos intermedios más prolongados de lo normal. Ingiere muy poca energía, aumenta la actividad física, provoca los vómitos y utiliza laxantes y diuréticos. Si a todas estas actividades dañinas se le suman los problemas familiares es mucho más probable que la anorexia prospere y empeore el problema, y que decaiga. Afortunadamente si se lo detecta a tiempo puede ser frenado y evitar las consecuencias del estado avanzado de desnutrición que provoca el trastorno (Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo, 2001).

Sernec, Tomori y Zalar (2009) mencionan que aproximadamente el 50% de los pacientes con bulimia se curan completamente mientras que otros experimentan ocasionalmente repetidos periodos sintomáticos y otro porcentaje pequeño sufre una vida de enfermedades crónicas. Los estudios de pacientes con bulimia nerviosa demuestran que éstos son adictos a las sustancias psicoactivas legales e ilegales, y que manifiestan más patrones conductuales dañinos, los cuales son realmente señales del trastorno de control de impulsos. Estos impulsos incluyen cleptomanía, compras compulsivas, ludopatía, explosivos intermitentes y piromanía.

Una de las dificultades que se le presentan al terapeuta es que el paciente con bulimia generalmente aparece sano físicamente pero la ansiedad y la depresión se han desarrollado para el tiempo que la persona busca ayuda; el 5% de la población para este entonces ya ha atentado suicidarse. La mayoría de las pacientes están preocupadas con los pensamientos de comer y los ciclos de los atracones y purga-

ción solo interfieren en su vida laboral o sus actividades sociales y según esta investigación se dan en un tercio de estos pacientes (Serneck, Tomori y Zalar, 2009).

Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) indicaron que las complicaciones físicas que son más serias se dan en los pacientes que ya tienen patrones crónicos establecidos y que sufren de graves atracones y purgas, los cuales casi siempre son precedidos por sentimientos de tristeza, el rechazo, ansiedad o frustración, lo cual se convierte en conductas aprendidas a estados de ánimo desagradables, pero esto es más preocupante en aquellos que tienen un peso corporal bajo. “En la bulimia nerviosa se pueden presentar valores bioquímicos, inadecuados como hipocaliemia, alcalosis hipocloremica, elevaciones moderadas de la amilasa serica hipomagnesemia e hipofosfatemia, en especial en los pacientes que abusan del consumo de laxantes” (p.133).

Planteamiento del problema

En los Estados Unidos los trastornos alimentarios han sido muy reconocidos como un problema de salud pública mientras que en México, la atención que reciben es marginal. Los registros del Ministerio de la Salud reportaron 55 muertes de anorexia nerviosa, de los cuales 32 eran mujeres. Alrededor de los años 1980 los trastornos alimentarios eran muy raros en México, había muy poco conocimiento de este trastorno, y la adolescente que sufría de anorexia no tenía cerca a alguien que pudiera detectar que estaba en una condición de necesidad de atención a su salud mental. Otra de las causas es que los servicios médicos en México no abarcaban a la mayoría de la población, especialmente los servicios psiquiátricos. Los primeros reportes

de trastornos alimentarios en México se publicaron en los años 1981- 1992 (Unikel y Bojorquez, 2007).

Durante la última década ha habido un número creciente de pacientes con trastornos alimentarios que buscan atención de un especialista. Hasta el año 1992 solamente había una clínica la cual fue fundada en 1985, especializada en trastornos alimentarios llamada Clínica de Anorexia Nerviosa en el Instituto Nacional de Salud. No fue sino hasta el año 1996 cuando se inauguró la unidad de Trastornos Alimenticios en el Instituto Nacional de Psiquiatría donde una media de 200 casos está a su cuidado cada año y el 95% de los casos son de mujeres (Unikel y Bojorquez, 2007).

Según el instituto Nacional de la Salud Mental, las mujeres adolescentes y jóvenes representan el 90% de los casos de TCA. El número en población va en aumento y están siendo afectados por estas enfermedades. Las personas con este problema están conscientes de que su conducta no es normal, éstas se pueden retraer del contacto social, ocultando su conducta y negando que los patrones de alimentación son problemáticos (Asociación Americana de Psicología, 2007 citado en Galarsi, Correche y Ledezma, 2010).

Se ha documentado un punto crítico de riesgo en las adolescentes mujeres de 11 años, ya que presentan los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con la imagen corporal y el seguimiento de una dieta restringida en comparación con las adolescentes de distintos grupos etarios. De acuerdo con algunos estudios, existen diferentes causas que han provocado el crecimiento de las dietas populares y entre éstas se destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, el

cual está asociado erróneamente con la belleza, la salud, y el autocontrol. Las mujeres son las más afectadas por la presión social y en consecuencia se someten a dietas para bajar de peso y desarrollan trastornos alimenticios y a cirugías plásticas que ponen en riesgo su salud (León, Gómez, Platas, 2008).

En Colombia se estudiaron 10 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90% eran mujeres con un promedio de edad de 13.9 años. En Minas Gerais, Brasil se estudiaron 1.807 estudiantes escolares entre los 7 y 19 años de edad con una prevalencia de 13.3% de trastornos de la conducta alimentaria encontrándose una prevalencia de 3.1% de trastornos alimentarios y de 0.3% de anorexia nerviosa. En Barcelona, España se estudiaron 108 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90.7% eran mujeres y la edad promedio era de 15 años (Lenoir y Silber, 2006).

En México se ha reportado más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra sigue aumentando. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, solamente un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallas cardíacas o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una plena curación (cfr. Gálvez, 2010, citado en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011).

Declaración del problema

La presente investigación se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son los niveles de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en las estudiantes de una preparatoria del municipio de Allende Nuevo León, México en el año 2014?

Objetivo

El objetivo de este estudio es buscar el nivel de anorexia y bulimia nerviosa en las estudiantes de una preparatoria en el municipio de Allende, Nuevo León.

Propósito

El propósito de esta investigación es aportar información a la población acerca del nivel de la bulimia y la anorexia nerviosa para que se puedan hacer programas de intervención más afinados para las adolescentes.

Importancia

De acuerdo con algunos estudios existen diversas causas que han provocado que la popularidad de las dietas vaya en aumento, entre ellas se destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, la cual está asociada erróneamente con el concepto de belleza, salud y autocontrol. Son las mujeres quienes se ven más afectadas por la presión social y por consecuencia se involucran en dietas para bajar de peso, desarrollan trastornos alimentarios y se someten a intervenciones quirúrgicas que solo ponen en riesgo su salud (León, Gómez y Platas 2008)

El número de la población que está siendo seriamente afectada por trastornos alimentarios va en aumento. Muchas veces estas personas presentan algún trastorno de la alimentación sin que sus familias o amigos sospechen o se descubra que tienen un problema. Estas personas están conscientes de que su conducta no es normal y esto las conduce a retraerse del contacto social, ocultando su conducta erró-

nea y a negar que sus patrones de alimentación sean verdaderamente problemáticos (Asociación Americana de Psicología, citado en Galarsi, Correche y Ledezma, 2010).

La idea de un cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación y a los criterios estéticos de la sociedad. Este estereotipo social está generando serios trastornos en el comportamiento de la alimentación y ha llegado a ser de alto riesgo para la salud.

Justificación

El adolescente se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se direcciona al mundo adulto; viviendo entre un mundo que se va perdiendo y otro desconocido decide aferrarse a su propio mundo acompañado de pensamientos idealistas y perfeccionistas. Esta forma de pensar es la que capta toda la información del ambiente que lo rodea, y, por supuesto, la idea de un cuerpo perfecto obtiene gran importancia e influye grandemente en el adolescente (Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez, 2007 citado en Galarsi, Correche y Ledezma 2010). Los órganos de control o manipulación social con toda intención posible buscan imponer la idea de lo que es un cuerpo perfecto, y los adolescentes son el grupo más vulnerable porque nada les produce más temor que no ser aceptados por la sociedad (Galarsi, Correche y Ledezma 2010).

El culto a la imagen se ha convertido en un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que, ésta es la edad de cambios y crisis emocionales; la búsqueda por el cuerpo perfecto ha ocasionando cierto tipo de desajuste a nivel de la alimentación en los jóvenes. El adolescente experimenta esta idea de una manera muy especial; hay que tener en cuenta que esta etapa no solo es importante sino decisiva por sus implicaciones psicológicas (Galarsi, Correche y Ledezma. 2010, p.195).

Delimitaciones

El estudio se hizo con la población formada de las adolescentes de una preparatoria del municipio de Allende N.L.

El estudio no propone realizar ni un tipo de correlación entre la anorexia y la bulimia nerviosa con otras variables, ni asociarlas con variables demográficas.

Se aplicó solo el test sin tener consultas personalizadas para poder evaluar, de esta manera si sufren de bulimia o anorexia nerviosa.

El cuestionario se aplicó solo a las adolescentes y no a los padres quienes podrían observar algunas de sus conductas asociadas con bulimia y anorexia nerviosa.

El estudio no se propone dar algún seguimiento a las jóvenes diagnosticadas con bulimia o anorexia nerviosa.

Limitaciones

Los resultados de este estudio dependerán de las respuestas obtenidas de las estudiantes participantes, ya que quienes sufren de bulimia o anorexia nerviosa tienen la tendencia a minimizar sus síntomas. Fueron aplicadas 100 encuestas de cada instrumento y varias no fueron contestadas satisfactoriamente lo que ocasiono perdidas de las mismas.

Trasfondo filosófico

White (1989) menciona que entre la mente y el cuerpo hay una relación misteriosa y maravillosa. La primera influye sobre el último y viceversa. Mantener el cuer-

po en condiciones de buena salud para que desarrolle su fuerza, para que cada parte de la maquinaria viviente pueda obrar armoniosamente, debe ser el primer estudio de nuestra vida familiar. Descuidar el cuerpo es descuidar la mente. No puede glorificar a Dios el hecho de que sus hijos tengan cuerpos enfermizos y mentes atrofiadas.

Hay una estrecha relación entre la mente y el cuerpo, y para alcanzar un alto nivel de dotes morales o intelectuales, debemos acatar las leyes que gobiernan nuestro físico. (White, 1989)

La salud mental depende en gran medida de la salud del cuerpo, y la salud del cuerpo depende de la forma como se trata a la mente. Se debe comer sólo el alimento que se incline a conservar el sistema digestivo en la mejor condición posible. Es importante organizar el trabajo de manera que se puedan disponer de horas fijas para comer (White, 1989).

Los malos hábitos físicos afectan el cerebro e impiden que se alcance lo que se desea: una buena disciplina mental. La causa principal del quebrantamiento de las facultades mentales es la alimentación impropia, el horario irregular de las comidas, la falta de ejercicio físico y otras violaciones negligentes de las leyes de la salud (White, 1989).

Es importante atender las siguientes advertencias:

Con frecuencia, la mente no se cansa ni se quebranta como consecuencia del trabajo diligente y del estudio empeñoso, sino como resultado de ingerir alimentos inapropiados a horas inadecuadas, y del descuido y la falta de atención a las leyes de la salud. Los horarios irregulares de comer y de dormir drenan la fuerza del cerebro. El apóstol Pablo declara que quien quiera lograr el éxito en alcanzar una elevada norma de piedad, debe ser temperante en todas las cosas. El alimento, la bebida y la vestimenta, tienen una relación directa con nuestro progreso espiritual (White, 1989 p. 10).

El cuerpo necesita cultivarse cuidadosamente, para que se mantenga con buena salud. Por eso la mente necesita ser disciplinada estrictamente, no sea que se desarrolle indebidamente en algunos aspectos, y en forma insuficiente en otros. Los órganos delicados no están a la vista, y el mal que les están causando a sus facultades mentales no es visible y no se está plenamente consciente del daño que les están causando a estos órganos (White, 1989).

Los que entienden cuales son exactamente las leyes de la salud y se dejan dirigir por los buenos principios, evitan los extremos, y no inciden en la licencia ni en la restricción. Escogen su alimento no solo para agrandar al paladar, sino para reconstruir el cuerpo. Procuran mantener todas sus facultades en la mejor condición posible para dar el mayor servicio a Dios y a los hombres. "Sabén someter su apetito a la razón y a la conciencia, y son recompensados con la salud del cuerpo y de la mente." (White, 1989 p. 15).

Hay algunos que siempre piensan que la comida, por muy sencilla y sana que sea, les hará daño. White aconseja que no se piense que la comida hará daño; que ni siquiera se piense en la comida. Se debe comer conforme lo dicte nuestro sano juicio; y cuando se le pide al Señor que bendiga la comida para fortalecer nuestro cuerpo hay que creer que él nos oye. Se tiene que evitar ingerir comida en exceso, aunque sea de la más saludable. El cuerpo no puede usar más de lo que requiere para la reparación de los diversos órganos, y el exceso de esta entorpece el normal funcionamiento del organismo. (White, 1989)

Es imposible calcular el peso exacto de los alimentos que debemos comer. No es aconsejable calcular el peso de la comida ya que la mente se concentrará en este solo factor. "La comida y la bebida se convierten en tema constante del pensamiento." Los que no hagan del estómago un dios, vigilarán con cuidado su apetito. Comerán alimentos sencillos y nutritivos, comerán despacio y masticarán lentamente los alimentos. Después de comer se hará ejercicio al aire libre. Las personas que hacen esto, nunca necesitarán preocuparse de ingerir cantidades exactas de alimentos. Hay muchas personas que han llevado una molesta responsabilidad en cuanto a la cantidad y la calidad de los alimentos más aptos para nutrir el organismo. Algunas personas se han preocupado tanto por el gusto de la comida que no han ingerido el alimento suficiente para nutrir sus organismos y le han causado un gran perjuicio a su hogar y se teme que se hayan dañado a sí mismos para esta vida (White, 1989).

No hay que privar nunca al estómago de lo que la salud exige, y nunca se debe abusar de él, no hay que imponer sobre él una carga que no debe llevar. Se debe cultivar el dominio propio. Se debe refrenar el apetito manteniéndolo bajo el control de la razón (White, 1975).

La complacencia del apetito al comer demasiado es glotonería." La variedad de alimentos que a menudo se consumen en una sola comida es suficiente para producir un estómago y un temperamento desordenados. Dios requiere de cada ser humano cooperar con él, para que nadie traspase su límite al comer en exceso o al participar de alimentos indebidos. Esta complacencia fortalece las inclinaciones animales y debilita los más nobles sentimientos de la mente. Todo el ser se degrada, y el ser humano se convierte en un esclavo del apetito al complacer sus propias pasiones degradantes y sensuales. El exceso de comida produce olvido y pérdida de memoria (White, 1989p. 10).

Deben escogerse los alimentos que mejor proporcionen los elementos necesarios para la reconstitución del cuerpo. Los malos hábitos en el comer lo han pervertido. Muchas veces pide alimento que altera la salud y causa debi-

lidad en vez de producir fuerza. Tampoco podemos dejarnos guiar por las costumbres de la sociedad. Las enfermedades y dolencias que prevalecen por doquiera provienen en buena parte de errores comunes respecto al régimen alimenticio (White, 1975 p. 151).

Dios nos ha ordenado que cuidemos de éste ya que dice que nuestro cuerpo es un recinto sagrado: “¿No sabéis que vuestros cuerpos son miembros de Cristo?... ¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vosotros?...Glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios”(1Cor. 6:15,19, 20).

Definición de términos

Los términos técnicos empleados en este trabajo tienen las siguientes especificaciones semánticas:

Acrocianosis: Coloración azulosa en las manos y los pies.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por un período de tiempo mayor a los 90 días.

Amilasa sérica: Es un enzima que tiene la función de digerir el glucógeno y el almidón para formar azúcares simples, se produce principalmente en las glándulas salivares y en el páncreas.

Anemia: Una concentración baja de hemoglobina en la sangre.

Alcalosis: Es una afección provocada por el exceso de base (álcali) en los líquidos del cuerpo.

Atracones: Hartarse.

Atrofia: Falta de desarrollo de una parte del cuerpo por defecto o ausencia de nutrición o de actividad.

Bradycardia: Lentitud anormal del pulso.

Cleptomanía: Irresistible impulso a robar.

Diuréticos: Toda sustancia que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y sodio en el organismo, a través de la orina.

Hiperactividad: Trastorno de la conducta infantil que consiste en impulsividad, inquietud y actividad extrema. Afecta al desempeño escolar y aparece asociado con el déficit de atención.

Hipocaliemia: Es una cantidad de potasio en la sangre por debajo de lo normal.

Hipocloremia: Alcalosis metabólica causada por el aumento del bicarbonato plasmático secundario a la pérdida de cloro corporal

Hipofosfatemia: Es un nivel bajo de fósforo en la sangre.

Hipoglucemia: Una afección que ocurre cuando el nivel de azúcar en la sangre (glucosa) está demasiado bajo.

Hipomagnesemia: Niveles bajos de magnesio en la sangre.

Hiponatremia: Es una afección metabólica en la cual no hay suficiente sodio (sal) en los líquidos corporales por fuera de las células.

Hipotensión: Presión arterial baja.

Hipotermia: Temperatura baja del cuerpo.

Lanugo: Vello excesivo

Laxantes: Una preparación usada para provocar la defecación o la eliminación de heces.

Leptina: La hormona producida principalmente por el tejido adiposo que refleja la cantidad de reservas grasas. Hormona de la delgadez.

Leucopenia: Se produce una disminución en el número de glóbulos blancos en la sangre lo que coloca a los individuos en mayor riesgo de infección.

Ludopatía: Un impulso irreprimible de jugar a juegos de casino a pesar de ser consciente de sus consecuencias y del deseo de detenerse.

Neutropenia: Trastorno hematológico caracterizado por un número anormalmente bajo de neutrófilos.

Piromanía: Trastorno o enfermedad psicológica de trastorno del control de los impulsos, que produce un gran interés por el fuego, cómo producirlo y observarlo.

Purgación: Acción y efecto de limpiar el estómago.

Semiinanición: Semi-morir de hambre.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Anorexia Nerviosa

Cruz Bojorquez, Ávila Escalante, Cortés Sobrino, Vázquez Arévalo y Mancilla Díaz (2008) en una muestra de 1,438 estudiantes de primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura encontraron que 8.9% del grupo de jóvenes y 15.73% del grupo de las mujeres mostraban síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Las mujeres tuvieron una mayor motivación para adelgazar y una mayor insatisfacción corporal que los hombres, ya que estas desean estar más delgadas y en su caso fue más común que dejaran de comer aun cuando tuvieran hambre.

La anorexia nerviosa es un trastorno que se inicia en la adolescencia temprana o media y es diez veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (Harrison, Cantor y Santrock (2004) citados en Salazar (2008).

Una característica común de las adolescentes que padecen de anorexia nerviosa es el deseo de ser amadas y entendidas por su padre. La imagen paterna es de alguien opositor el cual estaba en contra de sus deseos. Las adolescentes tendían a sentirse decepcionadas y deprimidas por la falta de amor y comprensión de éste. Ellas reaccionaban a esta falta de amor y comprensión con desinterés, enojo y resentimiento (Losinno, 2008).

Se identifican dos tipos de anorexia nerviosa; según el DSM-IV la anorexia de tipo restrictivo es cuando los pacientes no se involucran en episodios de ingestión compulsiva de alimentos o en la práctica de conductas compensatorias purgativas; por otra parte está la anorexia tipo compulsivo/purgativo, cuando los pacientes se involucran en episodios de ingestión voraz o en prácticas purgativas para el control de peso. Los pacientes pueden alternar entre los dos tipos de anorexia pero en diferentes etapas de la enfermedad. Los de tipo compulsivo/purgativo pueden alternar entre las modalidades en las que se dan atracones y recurren a métodos de purga y las que utilizan métodos de purga pero que no se dan atracones de tipo objetivo. Las personas que se encuentran en este último grupo son los que manifiestan conductas suicidas o lesiones autoinfligidas premeditadamente (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo 2001; Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011; Unikel y Caballero 2010).

Sierra Puentes (2005) menciona que el término anorexia proviene del griego (*an*, privativo y *orexis*, apetito) y aunque etimológicamente significa pérdida de apetito, ésta no expresa bien el término ya que las personas con anorexia nerviosa se niegan a consumir alimento para poder llegar a la delgadez. La sensación de hambre que experimentan puede estar presente no solo al principio sino también durante el curso de la enfermedad. Las anoréxicas son un grupo de personas que se destacan por su gran habilidad para poder tolerar las sensaciones de hambre y por restringirse estrictamente en el consumo de calorías.

Olesti, Piñol, Vergara, de la Fuente, Riera, Bofarull, Ricomá (2007); Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001); Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004); Rybakowski, Zakrzewska, Hornowska, Rajewski (2004); Serneć, Tomori y Zalar (2010); Unikel y Caballero (2010) mencionan que la anorexia nerviosa está caracterizada por peso bajo severo con un índice de masa corporal menor a 17, temor a subir de peso, baja autoestima y está asociada con muchas complicaciones psicológicas y fisiológicas las cuales el proveedor debe estar familiarizado.

Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) mencionan que en la anorexia nerviosa la persona está afanada por bajar de peso y a medida que la conducta se vuelve exitosa no lo ve como un problema al contrario lo ve como un logro. Observan su pérdida de peso como un logro y dejan de verlo como una aflicción, ya que su motivación es muy limitada al cambio. Cuando inicia la enfermedad las personas no están muy conscientes de ello y en muchos de los casos la familia tampoco se da cuenta.

La anorexia nerviosa es un trastorno que se presenta en aproximadamente 0.5-1% de las adolescentes (Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004).

Según el instituto Nacional de la Salud Mental, las mujeres adolescentes y jóvenes representan el 90 por ciento de los casos de TCA. (Asociación Americana de Psicología, 2007, citado en Galarsi, Correche y Ledezma 2010).

Se ha estimado que en los Estados Unidos alrededor de 1% de las mujeres que tienen entre 14 y 18 años sufren de algún TCA. La anorexia es un trastorno más

común en las mujeres que en los hombres y esta se da más en los niveles socioeconómicos altos (Casanueva, Kaufer- Horwitz, Pérez-Lizaur, Arroyo 2001).

Harrison y Cantor citados en Salazar (2008) mencionaron que los jóvenes no pueden abstraerse del mundo social donde habitan, en su ambiente social es donde ellos atribuyen sus valores y estos valores corresponden a sus necesidades en la etapa de la adolescencia y del mismo modo a los personajes de la moda que tienen un cuerpo delgado motivando a los adolescentes aún más a tomar dicho modelo como suyo.

Factores predictores de la anorexia

La anorexia tiene un origen multicausal y dentro de algunos factores precipitantes se identifica la insatisfacción de la imagen corporal, donde también se enlazan los motivadores individuales y los motivadores de carácter social. Algunos ejemplos son: el ser ridiculizado por el sobrepeso, que la persona piense que su apariencia no está de acuerdo con la que presenta la sociedad como el ideal, tener que exponer el cuerpo a los demás, el practicar un deporte en el que la silueta es muy valorada, desear ser diferente a lo que ya es y sentir insatisfacción general. (Santrock 2004 citado en Salazar, 2008).

Las adolescentes que padecen de anorexia nerviosa están sometidas a una restricción alimentaria que es capaz de producir en ellas un deterioro físico muy alarmante. Los momentos de furia intensa pueden ocasionar que estas pacientes puedan llegar a lastimarse de distintas formas (Losinno, 2008).

La paciente con anorexia nerviosa puede estar exclusivamente restringiendo su ingesta alimenticia o puede experimentar episodios de atracones y purgación (Seidenfeld, Sosin y Rickert, 2004).

De acuerdo con Marín y Bedoya (2009) según las teorías clásicas, las personas que tienen un diagnóstico de anorexia tienen en su mente una imagen corporal distorsionada, deformada y exagerada. “Como sinónimo de distorsión se ha empleado en la literatura la categoría alteración de la imagen corporal para referirse a los juicios sobre el cuerpo que no coinciden con sus características reales” (p.220). De acuerdo con Gempeler (citado por Marín Cortés y Bedoya Hernández, 2009) y según el *Health and Public Policy Committee* (1986) la distorsión de la imagen corporal es parte de los signos y síntomas primordiales de los trastornos de la alimentación.

El *Health and Public Policy Committee* (1986) señala que las pacientes anoréxicas tienen distorsiones psicológicas, perceptuales y cognitivas. En comparación con las personas que tienen una autopercepción normal y las personas delgadas, las personas anoréxicas consideran su cuerpo como ancho, sobre todo la cara, el pecho, la cintura, y las caderas mientras que la evaluación de los objetos inanimados y los cuerpos de otras personas permanecen sin distorsiones. Estas personas distorsionan la conciencia del hambre, niegan estar fatigados a pesar de ser hiperactivas y no reconocen sus estados emocionales tales como la ira, la ansiedad y la depresión. Las personas anoréxicas tienen un déficit en el pensamiento conceptual y en el razonamiento abstracto, son incapaces de ver las situación en todo menos extremas e interpretan los acontecimientos de una manera rígida y altamente personalizada.

Bulimia Nerviosa

Según Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001); *Health and Public Policy Committee* (1986); Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004), Salazar (2007) y Sierra (2005); Unikel y Cabllero (2010), el DSM-IV define a la bulimia como episodios recurrentes de comida compulsiva que después termina en dolor abdominal, sueño o vómito; la persona se empeña en perder peso por lo que recurre a provocarse el vómito, usar laxantes o diuréticos, episodios de dieta estricta o ayuno y ejercicio excesivo. Los episodios se dan por lo menos dos veces a la semana en los últimos tres meses, la persona se preocupa excesivamente por su figura y el peso corporal.

De acuerdo con el DSM-IV la bulimia nerviosa está clasificada en dos subtipos: purgativo y no purgativo; en el no purgativo solo se utiliza el ejercicio excesivo o los ayunos como un método para evitar la ganancia de peso. Los pacientes que padecen de bulimia de tipo purgativo tienen más habilidad de presentar desequilibrios electrolíticos, mayor comorbilidad psiquiátrica y menor peso corporal.

Sierra Puentes (2005) menciona que la bulimia es derivada del griego “limos” que significa hambre, que junto a “bou” que significa, gran cantidad de, o “boul” que significa buey, el cual daría como resultado final “hambre feroz” o “hambre de buey”.

Guadarrama y Mendoza Mojica (2011), Olesti, Piñol, Vergara, de la Fuente, Riera, Bofarull y Ricomá (2007); Unikel y Caballero (2010) definen a la bulimia como la ingesta excesiva de comida en un menor tiempo al que cualquier persona ingeriría de esa misma cantidad y en consecuencia vendrían sentimientos de culpa que con-

llevan a periodos prolongados de ayuno y de otras conductas compensatorias, y todo eso con la finalidad de bajar de peso.

Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004) y Salazar (2007) mencionan que los comportamientos compensatorios tales como el abuso de pastillas dietéticas y ejercicio en exceso preceden de la bulimia nerviosa, esto puede ser más difícil de detectar, y también pueden tener consecuencias devastadoras tanto físicamente como emocionalmente para el adolescente.

Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) mencionan que para algunos autores la bulimia está relacionada con alteraciones de depresión y trastornos limítrofes de la personalidad y está claramente asociada con la anorexia nerviosa lo que permite suponer que son dos trastornos diferentes que se derivan de la misma alteración psiquiátrica. “La bulimia nerviosa puede ser parte de un estado de anorexia nerviosa o evolucionar sólo como bulimia” (p.133).

Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) mencionaron que una cuarta parte de los casos de la bulimia nerviosa cumple con todos los criterios de la anorexia en un inicio; incluso el haber padecido anorexia ha sido citado como un factor de riesgo para la bulimia. La mayoría de las pacientes no sufren de adelgazamiento patológico aun cuando su peso en ocasiones sea menor al adecuado. Como ocurre en la anorexia, en la bulimia se intenta alcanzar la delgadez y este constituye un aspecto psicológico importante para los pacientes con este trastorno, las conductas orientadas hacia la pérdida de peso son utilizadas desde un inicio en el padecimiento.

Casanueva, Kaufer- Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) mencionan que la persona experimenta una gran satisfacción al saber que comerá y no subirá de peso pero a medida que avanza la enfermedad, disminuye la percepción sobre el control en la forma de comer, entonces las conductas alimentarias inapropiadas y la restricción energética estimulan el hambre y esto lo conduce a los atracones que por lo general se desarrolla en un círculo vicioso y se incrementa el peso corporal.

Sierra Puentes (2005) refiere que en un estudio realizado se encontró incidencia en mujeres, en relación con la edad, lo cual se presentó entre los 13 y 24 años de edad. La prevalencia de bulimia nerviosa en los países occidentales oscila entre el 1-3%, pero lo estudios aplicados a 175 mujeres demostraron que la prevalencia de bulimia nerviosa es de 5.3%.

En otro estudio realizado por Hernández y Laviada (2005) citado en Cruz Bojorquez et al., (2008) mencionan que en una muestra de mujeres estudiantes de preparatorias de la ciudad de Mérida, Yucatán (México), se encontró que había conductas de riesgo que eran preocupantes y se mostraban frecuentemente tales como vómito autoinducido y ayuno, una sobrevaloración de la importancia del peso y la figura como satisfactores personales y el recurso a dietas restrictivas en forma desordenada.

Torresani citado en Cruz Bojorquez et al., (2008) presentó un estudio que se realizó en la Universidad de Buenos Aires con 158 estudiantes de la Escuela de Nutrición, en cual se halló que el 64% de las estudiantes consumía productos dietéticos, el 22% llevaba a cabo un régimen hipocalórico y el 24% ingería alimentos en exceso

en un corto tiempo. Con relación a la figura corporal, 30% sentía inconformidad con su cuerpo y 35 % se preocupaba por su peso; dentro de las conductas compensatorias, 6% utilizaba diuréticos o laxantes y 2% se provocaba el vómito.

Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) mencionaron que varios estudios han demostrado que las tasas de anorexia y bulimia son altas en una misma familia, lo que sugiere que exista una viabilidad ambiental o genética dentro de éstas.

Machado, Gonçalves, Roma, Machado y Brandão (2004) refieren que en los casos de personas con bulimia nerviosa, las que tuvieron intentos suicidas presentaron más síntomas psiquiátricos y habían sido sexualmente violadas. El subgrupo de bulímicos con intentos suicidas tenían un resultado significativamente alto en la unidad de delgadez de la subescala EDI, revelando una preocupación excesiva con la dieta, el peso y el temor a subir de peso.

Faiburn y Cooper citado por el *Health and Public Policy Committee* (1986) encontraron que el 60 % de los pacientes bulímicos pasaron por periodos de dieta y purgación rígidas antes de pasar por el periodo de los atracones y la purgación.

Sierra Puentes (2005); Sernec, Tomori y Zalar (2009) mencionaron que la bulimia nerviosa se inicia por lo general en la adolescencia o al principio de la vida adulta. Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004) señalaron que la bulimia nerviosa es considerablemente más común en los adolescentes que la anorexia nerviosa.

Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004) refieren que las jovencitas con bulimia nerviosa se involucran característicamente en muchos otros comportamientos riesgosos

y autodestructivos, tales como abuso de sustancias, actividad sexual sin protección, automutilación e intentos suicidas. Debido a que la adolescente con bulimia nerviosa experimenta un gran sentido de vergüenza y se hace muy hábil para enmascarar su comportamiento es muy desafiante diagnosticar el trastorno. Sierra Puentes (2005) está de acuerdo con Seidenfeld, Sosin y Rickert (2004) y además dice que el estimar la prevalencia de bulimia nerviosa es más difícil porque el diagnóstico del trastorno requiere que la paciente admita estos comportamientos.

Factores predictores de la bulimia

Casanueva, Kaufer- Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001) refieren que aunque no se hayan identificado los predictores de la enfermedad, la obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad se asocian con un peor pronóstico y puede ser unas de las muchas causas de ésta. Otra de las causas puede ser que sus familiares les han expresado comentarios negativos relacionados con su peso, su figura corporal y su forma de comer.

La persona que es susceptible a la bulimia es una persona que tiene metas muy altas, es una persona muy dependiente de sus padres, es socialmente ambicioso y tiene dificultad para establecer relaciones personales. La depresión y comportamiento impulsivo o comportamiento antisocial incluyendo abuso de sustancias, cleptomanía y promiscuidad sexual es muy común en este trastorno (Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo (2001).

El curso de la bulimia varía mucho ya que puede ser que se presente en algún momento de la vida y se logre la recuperación total, o que aparezca de forma intermi-

tente, sobre todo cuando las personas se encuentran en situaciones de estrés o que se presente por largos periodos de manera constante (Casanueva, Kaufer-Horwits, Pérez-Lizaur y Arroyo,2001). Estos autores refieren que:

Aunque los pacientes con bulimia nerviosa parecen estar dentro de los parámetros de un peso saludable, pueden presentar correlatos biológicos y psicológicos de la semiinanición tales como depresión, irritabilidad e ideas obsesivas y estar por debajo de un peso "normal" e incluso sobrepeso de acuerdo con los estándares aceptados por la población (p.133).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación es descriptiva porque según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (1997) el propósito es describir situaciones y eventos. “Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.” Es una investigación transversal ya que según Hernández y Velasco-Mondragón (2000)...“en las encuestas transversales se obtiene únicamente una medición de las exposiciones y eventos en los sujetos de estudio en un momento dado (p 447).”“A pesar de sus limitaciones, los estudios transversales son comunes y útiles, ya que su costo es relativamente inferior al de otros diseños epidemiológicos, como los estudios de cohorte, y proporcionan información importante para la planificación y administración de los servicios de salud” (p.448).Unas de sus múltiples ventajas son su bajo costo y rapidez, ya que esta no requiere del seguimiento de los sujetos de estudio.

Población de estudio

La unidad de observación será la estudiante de una preparatoria del municipio de Allende Nuevo León, aproximadamente serán 100 alumnas. No habrá muestra ya que habrá un censo de la población.

Instrumento

En esta investigación se utilizarán dos instrumentos con los que se medirá el nivel de bulimia y el nivel de anorexia nerviosa.

BULIT-R (The BULIT-R)

Para medir este constructo de bulimia se utilizó el instrumento BULIT-R el cual es un instrumento creado por Smith, M.C., Thelen, M.H., Farmer, & J. Wonderlich en el año 1991 con el fin de detectar el riesgo de padecer bulimia en población general. Mide la severidad de la sintomatología bulímica. Evalúa la existencia de bulimia nerviosa según los criterios del DSM-IV. Hace especial referencia a los atracones, conductas compensatorias y preocupación por el peso. Consta de 36 ítems que miden el nivel de bulimia usando diferentes escalas.

Instrucciones de corrección

1. Cada respuesta de cada ítem puntúa según lo que aparece en la tabla de corrección.
2. Los ítems en los que no aparece puntuación sólo aportan datos al terapeuta, es decir, no son puntuables para establecer el diagnóstico según

los criterios del DSM-III-R. Sólo 28 de los 36 ítems son para obtener el puntaje final el resto es para fines terapéuticos.

3. La puntuación final se obtiene sumando la puntuación de la respuesta a cada ítem.

Tabla 1

Tabla de corrección

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7					
8	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1
10	1	2	3	4	5
11	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	1	2	3	4	5
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
19					
20	5	4	3	2	1
21	5	4	3	2	1
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	5	4	3	2	1
25					
26	5	4	3	2	1
27	5	4	3	2	1
28	5	4	3	2	1
29	5	4	3	2	1
30					
31	5	4	3	2	1
32					
33					
34					
35	5	4	3	2	1
36					

Interpretación

En el caso de estarse empleando el cuestionario como instrumento de tamizaje, el punto de corte se establecerá en 104. La media de puntuación para mujeres sin patología está entre 53 y 60 puntos, para las que tiene un diagnóstico de bulimia oscila entre 114 y 120, las que no cumplen todos los criterios para un diagnóstico tiene puntuaciones entre 68 y 91. En el caso de estarse empleando el cuestionario como

instrumento de diagnóstico, una puntuación mayor de 120 será considerada como correspondiente con los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa.

EAT-26 (Eating Attitudes Test)

Para medir el constructo de anorexia se utilizará el instrumento EAT-26 el cual es un instrumento creado por David M. Garner en 1982 con el fin de evaluar actitudes y conductas asociadas a la anorexia nerviosa. El instrumento consta de 26 ítems y se medirá con la escala de Likert: 1) Nunca, 2) Rara vez, 3) Algunas veces, 4) A menudo, 5) En general y 6) Siempre.

Interpretación

Las preguntas de la 1 a la 25 van a favor de la variable y toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. El ítem 26 va en dirección desfavorable a la variable, la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, el cual puede variar entre 0 y 78 puntos.

El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos indica un alto nivel de preocupación por la dieta, peso o conductas relacionadas con desórdenes alimenticios. Si el puntaje está por encima de 20, se deberá buscar una evaluación por un profesional de la salud para determinar si se cumplen los criterios para un diagnóstico de un

TCA, (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001 citados en Corada Luis y Montedónico Arancibia2007).

Los ítems del instrumento están estructurados a partir de tres factores:

- Dieta: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25
- Bulimia y preocupación por la comida: 3, 4, 9, 18, 21 y 26
- Control Oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (*Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul*, 1999citado en Corada Luis y Montedónico Arancibia, 2007).

Variables del estudio

Las variables de este estudio son bulimia y anorexia nerviosa y seguidamente se presenta la Tabla 1 con la operacionalización de dichas variables.

Recolección de datos

En el segundo semestre del año escolar 2013-2014 se solicitó el permiso al Profesor Francisco García Chávez el cual estuvo encargado del Departamento de Educación del municipio de Allende, Nuevo León, para la aplicación de los instrumentos EAT-26 y BULIT-R. Los instrumentos fueron aplicados a las alumnas de primero segundo y tercer año. El tiempo para contestar los instrumentos constó de dos horas y fueron aplicados por la persona encargada de realizar este estudio. Antes de aplicar el cuestionario se les explicó a las alumnas el propósito y los objetivos de la investigación.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja de Excel para llevar el control de los resultados. Una vez ya vaciados los datos fueron copiados al programa SPSS *Statistics* en el cual, por medio de tablas y graficas nos brindó los resultados de manera global y especifica. Obtenidos finalmente los resultados se prosiguió a redactarlos de acuerdo con las tablas y gráficas que han sido detalladas en este trabajo.

Tabla 2

Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Nivel de medición	Valores o categorías	Definición instrumental	Definición operacional
Nivel de Anorexia	Dejar de comer de manera voluntaria, inducida y mantenida, lo cual ocasiona una pérdida de peso en exceso.	Intervalo	0-78	Se medirá esta variable por medio de los puntajes del sujeto obtenidos en los 26 ítems del (<i>Eating Attitudes Test EAT-26</i>) con la siguiente escala 0. Nunca 0. Rara vez 0. Algunas veces 1. A menudo 2. En general 3. Siempre	Para determinar el nivel de anorexia primero se invierten los valores en la declaración 26 y posteriormente se obtiene la suma de los 26 ítems del cuestionario. El intervalo es de 0 a 78, donde a mayor puntaje va a existir un mayor nivel de anorexia. La variable se considera métrica

Nivel de Bulimia	Se caracteriza por episodios de atracones secretos con consecuentes vómitos autoinducidos, ayunos o el uso de laxantes y diuréticos	Intervalo	36-140	Se medirá esta variable por medio de los puntajes del sujeto obtenidos en los siguientes 36 ítems del (BU-LIT-R) con diferentes escalas	Para determinar el nivel de anorexia se obtendrá la suma de los 36 ítems del cuestionario. A mayor puntaje va a existir un mayor nivel de bulimia.
------------------	---	-----------	--------	---	--

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en cuanto al nivel de anorexia según la escala Likert, con el fin de evaluar actitudes y conductas asociadas a la anorexia nerviosa. Presenta de igual manera los resultados de bulimia con el fin de detectar el riesgo de padecer bulimia nerviosa. Mide la severidad de la sintomatología bulímica, evalúa la existencia de ésta según los criterios del DSM-IV y hace especial referencia a los atracones, conductas compensatorias y preocupación por el peso. Consta de 36 ítems que miden el nivel de bulimia usando diferentes escalas.

Datos demográficos y descripción de la muestra

Para la investigación se administró el instrumento a 100 alumnas de cuatro grupos de distintos niveles de una preparatoria de Allende Nuevo León. Las edades oscilan entre los 15 y 18 años de edad, predominando ampliamente las alumnas con las edades de 15 y 16 años (N=73, 83%), con una media de 16.48 años (DE = .773). El peso actual promedio de las 100 alumnas arrojó una media de 56.54 kg (DE = 12.735), mientras que el mayor peso promedio que han tenido fue de 59.15 kg. (DE=12.248) (N=54). El peso promedio ideal que deseaban tener tuvo una media de 52.45 kg. (DE = 7.277). La altura obtuvo una media de 1.58 m (DE = .088)). Esto pa-

rece indicar que en promedio las mujeres desean un peso ideal de 3 kg por debajo de su peso actual y por otro lado han llegado a aumentar de peso también en 3 kg en promedio.

Comportamiento de las variables

El cuestionario de anorexia (EAT) está compuesto por 26 conductas valoradas en una escala del 0 al 3 (ver Tabla 3), las cuales miden el nivel de anorexia en las alumnas, a mayor puntuación mayor el nivel de anorexia. Se observa que la conducta más común es precisamente que piensan en quemar calorías cuando hacen ejercicio, practicándola de manera general o siempre el 31.8% de ellas, pero aun así tienen muy poco impulso de vomitar después de comer ya que el 100% de ellas nunca, rara vez o algunas veces lo hacen.

En general se percibe un nivel de anorexia con una media de 8.16 (DE = 8.93), en un intervalo de 0 a 78 (ver Figura 1). Del total de mujeres solo un 10% manifiesta síntomas de anorexia a nivel alto.

Comportamiento de las variables

El cuestionario de bulimia (BULIT-R) está compuesto por 36 conductas valoradas en una escala del 1 al 5 (ver Tabla 4), las cuales miden el nivel de bulimia en las alumnas, a mayor puntuación mayor el nivel de bulimia. Se observa que la conducta más común es comer hasta el punto de sentirse enferma (M = 4.91, DE = .282), practicando la de manera muy frecuente el 91.4% de ellas, pero solo el 55.9% está de acuerdo con su patrón alimentario (M = 1.69, .978).

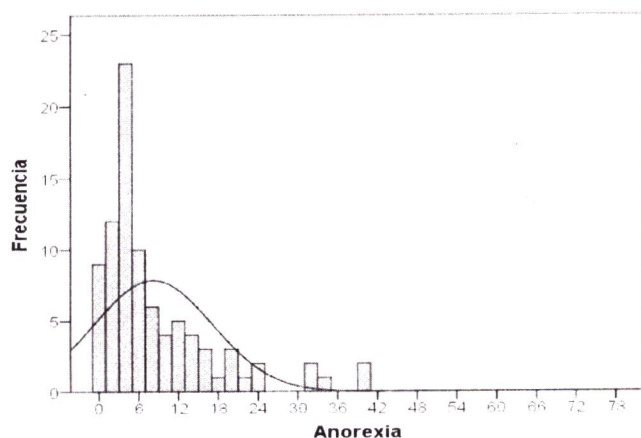


Figura 1. Histograma con curva normal para la Anorexia

Tabla 3

Ítemes descriptivos de las conductas asociadas a la anorexia

	M	DE
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	.85	1.227
19. Muestro tener autocontrol en torno a la comida.	.82	1.189
6. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que comemos.	.78	1.159
14. Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo.	.60	1.130
1. Estoy aterrado por tener sobrepeso.	.57	1.102
11. Estoy preocupado por el deseo de ser más delgado.	.52	1.039
26. Disfruto de probar nuevas comidas ricas.	.52	.897
15. Tomo más tiempo que otros para comer mis comidas.	.40	.929
13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgada.	.35	.845
3. Me encuentro preocupado por la comida.	.33	.840
5. Corto la comida en pedazos pequeños.	.33	.784
8. Siento que otros preferirían que comiera más.	.32	.852
22. Me siento incómoda después de comer dulces.	.26	.795
7. En particular, evito los alimentos con un alto contenido en carbohidratos contenido (es decir, pan, arroz, papas, etc)	.22	.669
21. Doy demasiado tiempo y pensamiento a la alimentación.	.20	.664
17. Como alimentos de dieta.	.17	.592
10. Me siento extremadamente culpable después de comer.	.16	.604
20. Siento que los demás me presionan para comer.	.14	.507
24. Me gusta que mi estómago este vacío.	.12	.563
2. Evito comer cuando tengo hambre.	.12	.521
23. Participo en conductas dietéticas.	.11	.513
16. Evito los alimentos con azúcar.	.09	.419
18. Siento que la comida controla mi vida	.09	.471
9. Vómito después de haber comido.	.06	.382
4. He tenido atracones de comida donde siento que puede no ser capaz de parar.	.01	.107
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.	.00	.000

Tabla 4

Ítemes descriptivos de las conductas asociadas a la bulimia

	M	DE
12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?	4.91	.282
15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	4.88	.386
8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar	4.77	.823
27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?	4.67	.697
24. Actualmente me etiquetaría como un/a "comedor/a compulsivo/a"	4.66	.827
13. Temo comer algo por miedo a no poder parar	4.60	.809
28. Siento que la comida controla mi vida	4.55	.891
4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?	4.51	1.007
17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.	4.26	1.052
21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías	4.19	.936
26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana	4.16	1.096
3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?	4.15	.896
20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.	4.12	1.293
31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?	4.11	.878
29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho	3.98	1.268
18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas	3.92	1.154
35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?	3.91	.761
14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.	3.69	1.359
5. Prefiero comer...	3.35	1.613
11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez	3.30	1.325
9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?	3.09	1.100
6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?	2.78	1.318
23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías	2.68	1.505
10. Cuánto te preocupan tus atracones de comida?	2.51	1.348
22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser	2.41	1.066
16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?	1.91	1.195
1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte?	1.84	1.279
2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.	1.69	.978

En general se percibe un nivel de bulimia con una media de 103.60 (DE = 8.85), en un intervalo de 36 a 140 (ver Figura 2). Del total de mujeres un 51.9% manifiesta síntomas de bulimia.

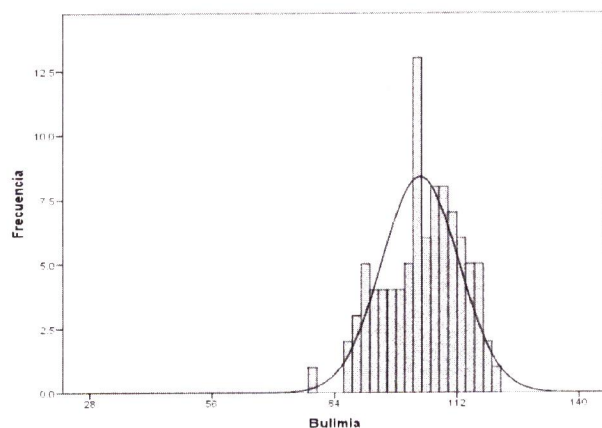


Figura 2. Histograma con curva normal para la Bulimia

Además de los indicadores de bulimia presentados anteriormente, el instrumento incluye 8 ítems con fines terapéuticos. En sus respuestas (ver Tabla 5), se observa que el uso de diuréticos es de un 94.6% al igual que el uso de laxantes y supositorios para controlar el peso.

Tabla 5

Ítems con fines terapéuticos asociados a la bulimia

34. Uso diuréticos para controlar mi peso	4.89	.521
7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso	4.87	.594
25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?	4.51	.842
32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?	4.37	.818
19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.	2.01	1.379
36. Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...	1.42	.697
30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	1.26	.859
33. Mujeres sólo: Mi último periodo fue...	1.11	.541

CAPÍTULO V

RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presenta un resumen, los resultados obtenidos mediante conclusiones de los mismos y recomendaciones a futuras investigaciones y a la institución.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue conocer el nivel de anorexia y bulimia nerviosa que existe en las adolescentes que acuden a una en Allende N.L durante el curso escolar 2013-2014. Se utilizó como instrumentos el cuestionario EAT-26 y el cuestionario BULIT-R, los cuales fueron aplicados de manera colectiva y anónima. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, en el que participaron un total de 100 alumnas de preparatoria cuyas edades oscilan entre los 15 y 18 años.

Los resultados muestran que un 10% de las alumnas padecen y tienen la sintomatología de anorexia nerviosa, y un 51.9% padecen de sintomatología bulímica.

Discusión

A continuación se discuten los resultados comparándolos con otros estudios. Se consideran primero los resultados de la anorexia, posteriormente los de bulimia y por último los relacionados con otras conductas alimenticias.

Anorexia

Los hallazgos de esta investigación asociados al nivel de anorexia, resultan superiores con respecto a otras investigaciones ya que la anorexia nerviosa es un trastorno que se presenta en aproximadamente 0.5-1% de las adolescentes (Seidenfeld, Sosin y Rickert, 2004) y sin embargo en estas estudiantes resulta ser del 10%. Inclusive en un estimado en los Estados Unidos, alrededor de 1% de las mujeres que tienen entre 14 y 18 años sufren de algún TCA, aún y cuando coincide con esta investigación respecto a la edad, ya que las adolescentes de la población estudiada oscilaban entre los 15 y los 18 años. (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur, Arroyo 2001).

Van Hoeken, Lucas y Hoek, (1998, citado en Unikel y Caballero, 2010) mencionaron que la prevalencia de anorexia nerviosa en población general en los países orientales se estima en 0.3% lo que concuerda con el estudio de Olesti, Piñol, Martín, de la Fuente, Riera, Bofarull, y Ricomá (2008) realizado en España en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, la prevalencia de anorexia nerviosa se sitúa en el 0,3-0,4%. Sepúlveda y Muñoz (2004, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) realizaron un estudio con 1,534 alumnas adolescentes y reportaron que la prevalencia de anorexia fue de 0.6% el cual es similar pero más elevado que los estudios en España y los países orientales. Olesti, Piñol, Martín y cols. (2008), en un estudio para detectar la prevalencia de anorexia nerviosa señalaron que, de 551 adolescentes mujeres, 0.9% mostraba anorexia

Por otro lado, otro estudio realizado en España, Rivas, Bersabé y Castro (2001, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) con una población de 1,555 adolescentes, el porcentaje fue de 3.9% para la anorexia el cual es mucho más elevado que los otros trabajos realizados pero más bajo que los hallazgos de esta investigación.

En los estudios de Guadarrama y Mendoza Mojica (2011), la población femenina del estado de México, integrada por 175 sujetos, obtuvo un 10% de síntomas de anorexia, los hallazgos de esta investigación concluyeron que un 10% también presentó síntomas de anorexia nerviosa.

Bulimia

En España, Rivas, Bersabé y Castro (2001, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) realizaron un estudio con 1,555 adolescentes dando un porcentaje de 0.2% de bulimia nerviosa, un porcentaje más bajo comparado con la población del estudio de Olesti, Piñol, Martín, de la Fuente, Riera, Bofarull, y Ricomá (2008) el cual es similar a otros estudios realizados en España ya que las mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, tienen una prevalencia de bulimia nerviosa que se sitúa entre el 0,7-0,8 %. En otros países las prevalencias de TCA no son muy diferentes ya que en un estudio realizado en Budapest (Hungría) se encontró una prevalencia de bulimia nerviosa del 0,6% al igual que en el estudio de Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004, citados en Guadarrama y Mendoza Mojica, 2011) aplicado a 1,534 alumnas adolescentes.

Van Hoeken, Lucas y Hoek, (1998, citados en Unikel y Caballero, 2010) mencionaron que la prevalencia de bulimia nerviosa en población general en los países orientales se estima en 1% en mujeres el cual no es muy diferente pero si un poco más bajo que los hallazgos de Olesti, Piñol, Martín y cols. (2008), ya que 551 adolescentes mujeres, 2.9% presentaban bulimia, lo cual es más bajo que el porcentaje encontrado en esta investigación.

Sierra Puentes (2005) mencionó que estudios aplicados a 175 mujeres en los países occidentales demostraron que hubo una prevalencia de bulimia nerviosa de 5.3%, lo cual es similar y a su vez más bajo que el estudio realizado en México por Guadarrama y Mendoza Mojica (2011), un estudio en la población femenina, integrada por 175 mujeres del cual se obtuvo que un 6% presentó síntomas de bulimia. Este es un porcentaje más bajo comparado a los hallazgos de esta investigación ya que un 51.9% de las adolescentes manifestaron prevalencia de bulimia.

Otras conductas alimenticias

Torresani citado en Cruz Bojorquez et al., (2008) presento un estudio que se realizó en la Universidad de Buenos Aires con 158 estudiantes de la Escuela de Nutrición, en cual se halló que el 64% de las estudiantes consumía productos dietéticos, los hallazgos de esta investigación indican que el 5.7 % consumen productos dietéticos en general o siempre y el 90.9% nunca, rara vez o algunas veces lo hacen.

El 22% llevaba a cabo un régimen hipocalórico el cual es muy elevado comparado con esta investigación, ya que solo el 3.4% siempre llevaba un régimen hipocalórico y el 15.4% siempre estaba consciente del contenido calórico de los alimentos.

El 24% ingería alimentos en exceso en un corto tiempo, lo cual es más bajo que los resultados de la investigación ya que 52.7% ingería alimentos en exceso en un corto tiempo.

Con relación a la figura corporal, el 35 % se preocupaba por su peso y en cuanto a la investigación solo el 14.8 siempre se preocupa por su peso y el 12.5% siempre se preocupa por ser más delgado lo cual es mucho más elevado que los hallazgos de esta investigación.

Dentro de las conductas compensatorias el 6% utilizaba diuréticos o laxantes 2% se provocaba el vómito mientras que en la investigación se encontró que el 94.6% utilizaban diuréticos una vez o más al día y el 90.3% se provocaban el vómito 2 veces o más a la semana.

Conclusiones

Las conclusiones de esta investigación son las siguientes:

1. Un 10% de las alumnas se encuentran en término alto, tienen síntomas y padecen de anorexia nerviosa.
2. Un 51.9 % de las alumnas están detectadas con sintomatología bulímica.
3. Se perciben más problemas de bulimia que de anorexia entre el grupo de estudiantes.

Recomendaciones

Las recomendaciones de esta investigación son las siguientes:

Administración de Preparatoria

1. Buscar y/o apoyo psicológico en el DIF del Municipio para brindar atención a lo/as estudiantes que han sido identificadas con alguna problemática alimenticia o que quieran una consulta de manera voluntaria.
2. Organizar talleres y/o conferencias de anorexia y bulimia nerviosa, para los adolescentes con el apoyo de los psicólogos del Municipio para que de esta forma ellos puedan dar información más completa acerca de las implicaciones de los trastornos alimenticios.
3. Hacer una invitación a los padres y a los maestros a que participen en los foros de detección y prevención de anorexia y bulimia nerviosa junto con sus hijos para informarse adecuadamente acerca de los trastornos alimenticios y sus consecuencias.

DIF Municipal

1. Agendar visitas mensuales a las escuelas de nivel medio superior para abordar los temas de Trastornos Alimenticios por medio de conferencias e involucrar a los alumnos a participar en ellos.
2. Brindar consultas gratis en las escuelas y si algún estudiante padece o tiene síntomas de anorexia o bulimia y es diagnosticado con tal trastorno se le remitirá a psiquiatría y se les dará el seguimiento apropiado en la institución municipal
3. Organizar talleres de mejoramiento de comunicación entre padres e hijos, con el fin de que ellos estén al tanto de los posibles padecimientos del ado-

lescente ya que entre más comunicación familiar haya menor es el riesgo a padecer algún trastorno alimenticio.

A futuras investigaciones

1. Hacer investigaciones correlacionales entre bulimia, anorexia nerviosa y suicidio o automutilación, por qué la anoréxica y la bulímica se automutila o tiene intentos suicidas.
2. Hacer una investigación correlacional de la bulimia, la anorexia y la falta de control de impulsos.
3. Investigar y correlacionar como es que los estilos parentales y los estilos de apego influyen en los trastornos alimenticios.
4. Hacer una investigación longitudinal del porqué la anoréxica en algún momento de la enfermedad tiene episodios de ingestión voraz y cuantas veces lo manifiesta en todo el trastorno.
5. Hacer una investigación, correlacionando la bulimia y anorexia y los índices de abuso sexual y promiscuidad dados en estas.
6. Investigar cómo influye y afecta el *bullying*, la obesidad infantil en padecer anorexia y bulimia nerviosa.
7. Investigar que tan frecuentemente se da el abuso de sustancias legales e ilegales en las personas que padecen anorexia y bulimia nerviosa.
8. Investigar que tan frecuentemente se usan los supresores de apetito, el ayuno y el exceso de ejercicio en las personas con bulimia nerviosa.

Apéndice A

Universidad de Montemorelos
Facultad de Psicología
BULIT-R

Este cuestionario es de fácil aplicación. Le solicitamos determinada información personal. Después de haberlo completado por favor entregárselo a la persona que se lo administra. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información es totalmente confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

PARTE 1 Instrucciones. Por favor responda a cada una de las siguientes declaraciones usando la escala respectiva.

1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?
 - (a) Una vez al mes o menos (o nunca)
 - (b) 2-3 veces al mes
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 3-6 veces a la semana
 - (e) 1 vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.
 - (a) De acuerdo
 - (b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (c) Algo en desacuerdo
 - (d) En desacuerdo
 - (e) Muy en desacuerdo

3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?
 - (a) Casi cada vez que como
 - (b) Muy frecuentemente
 - (c) A menudo
 - (d) A veces
 - (e) Casi nunca o nunca

4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?

- (a) Sí, totalmente
- (b) Sí
- (c) Sí, probablemente
- (d) Sí, posiblemente
- (e) No, probablemente no

5. Prefiero comer...

- (a) En casa, solo/a
- (b) En casa, con otras personas
- (c) En un restaurante público
- (d) En casa de una amigo
- (e) No me importa el sitio

6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?

- (a) La mayor parte del tiempo o siempre
- (b) Muchas veces
- (c) Ocasionalmente
- (d) Rara vez
- (e) Nunca

7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso

- (a) Una vez al día o más
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar

- (a) Al menos una vez al día
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante unacomilona?

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o nunca
- (e) No me doy atracones

10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me importa un poco
- (c) Me importa moderadamente
- (d) Me importa bastante
- (e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida

11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez.

- (a) Sin ninguna duda
- (b) Bastante probablemente
- (c) Probablemente
- (d) Posiblemente
- (e) No

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Bastantes veces
- (d) Ocasionalmente
- (e) Raramente o nunca

13. Temo comer algo por miedo a no poder parar.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca o nunca
- (e) No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- (a) Dos veces o más a la semana
- (b) Una vez a la semana
- (c) 2-3 veces al mes
- (d) Una vez al mes
- (e) Menos de una vez al mes o nunca

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me siento bien
- (c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a
- (d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a
- (e) Me odio a mi mismo/a

17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Ocasionalmente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o nunca

18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

- (a) No durante el año pasado
- (b) Una vez durante el año pasado
- (c) 2-3 veces durante el año pasado
- (d) 4-5 veces durante el año pasado
- (e) Más de 5 veces durante el año pasado

20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable

22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser

- (a) Mayor que la de los demás
- (b) Más o menos igual
- (c) Menor
- (d) Mucho menor
- (e) No tengo control en absoluto

23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías contigo mismo/a de vuelta a casa?

- (a) Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante
- (b) Un poco apenado/a por haber comido mucho
- (c) Un poco decepcionado/a conmigo/a
- (d) Triste conmigo mismo/a
- (e) Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a

24. Actualmente me etiquetaría como un/a "comedor/a compulsivo/a" (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)

- (a) Absolutamente
- (b) Sí
- (c) Sí, probablemente
- (d) Sí, posiblemente
- (e) No, probablemente no

25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?

- (a) Alrededor de 9 kilogramos
- (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
- (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
- (d) Entre 2 y 3 kilogramos
- (e) Menos de 2 kilogramos

26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca o nunca
- (e) No como mucho por la noche

27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?

- (a) Sí, no supone ningún problema para mí
- (b) Sí, es fácil
- (c) Sí, es un poco fácil
- (d) Más o menos igual
- (e) No, es menos fácil

28. Siento que la comida controla mi vida

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o ninguna

29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o ninguna
- (e) No como mucho

30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

- (a) Menos de una vez al mes o nunca
- (b) Una vez al mes
- (c) 2-3 veces al mes
- (d) Una vez a la semana
- (e) 2 veces o más a la semana

31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?

- (a) Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas
- (b) Mucho más rápido que el resto
- (c) Un poco más rápido que el resto
- (d) Más o menos igual que el resto
- (e) Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)

32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

- (a) Alrededor de 9 kilogramos
- (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
- (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
- (d) Entre 2 y 3 kilogramos
- (e) Menos de 2 kilogramos

33. Mujeres sólo: Mi último periodo fue...

- (a) El mes pasado
- (b) Hace dos meses
- (c) Hace cuatro meses
- (d) Hace seis meses
- (e) No he tenido el periodo en los últimos seis meses

34. Uso diuréticos para controlar mi peso

- (a) Una vez al día o más
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?

- (a) Muchas veces más grande que el del resto
- (b) Mayor
- (c) Un poco mayor
- (d) Más o menos igual
- (e) Menor que el del resto

36. Mujeres sólo: Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...

- (a) Siempre
- (b) Usualmente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

Apéndice B

Universidad de Morelos
Facultad de Psicología
Eating Attitudes Test (EAT-26)

Este cuestionario es de fácil aplicación. Le solicitamos determinada información personal. Después de haberlo completado por favor entregárselo a la persona que se lo administra. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información es totalmente confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

Parte 1. Datos Generales.

Edad: _____ Peso actual: _____ Mayor peso (excluyendo embarazo): _____ Sexo:
_____ Altura: _____ Bajo Adulto Peso: _____ Peso Ideal: _____

Parte 2. Instrucciones. Por favor, elija una de las respuestas al marcar una verificación a la derecha de cada uno de las siguientes declaraciones:

1) Nunca 2) Rara vez 3) Algunos veces 4) A menudo 5) En general 6) Siempre

	1	2	3	4	5	6
1. Estoy aterrado por tener sobrepeso.						
2. Evito comer cuando tengo hambre.						
3. Me encuentro preocupado por la comida.						
4. He tenido atracones de comida donde siento que puede no ser capaz de parar.						
5. Corto la comida en pedazos pequeños.						
6. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que comemos.						
7. En particular, evito los alimentos con un alto contenido en carbohidratos contenido (es decir, pan, arroz, papas, etc)						
8. Siento que otros preferirían que comiera más.						
9. Vómito después de haber comido.						
10. Me siento extremadamente culpable después de comer.						
11. Estoy preocupado por el deseo de ser más delgado.						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgada.						

14. Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo.						
15. Tomo más tiempo que otros para comer mis comidas.						
16. Evito los alimentos con azúcar.						
17. Como alimentos de dieta.						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Muestro tener autocontrol en torno a la comida.						
20. Siento que los demás me presionan para comer.						
21. Doy demasiado tiempo y pensamiento a la alimentación.						
22. Me siento incómoda después de comer dulces.						
23. Participo en conductas dietéticas.						
24. Me gusta que mi estómago este vacío.						
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.						
26. Disfruto de probar nuevas comidas ricas.						

Parte 3. Instrucciones. Responda a las siguientes declaraciones Si o No

En los últimos 6 meses usted::

Declaraciones	Si	No
Ha tenido atracones de comida donde se siente que usted no puede ser capaz de parar? (Comer mucho más que la mayoría de la gente comería en las mismas circunstancias) Si su respuesta es sí, ¿cuántas veces durante la peor semana		
Alguna vez se ha enfermado (vómito) para controlar su peso o forma? Si su respuesta es sí, ¿cuántas veces durante la peor semana:		
Alguna vez ha usado laxantes, pastillas para adelgazar o diuréticos (píldoras de agua) para controlar su peso o forma? Si su respuesta es sí, ¿cuántas veces durante la peor semana?		
¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un trastorno de la alimentación? Cuándo:		

Gracias por su colaboración

Apéndice C

Frecuencias

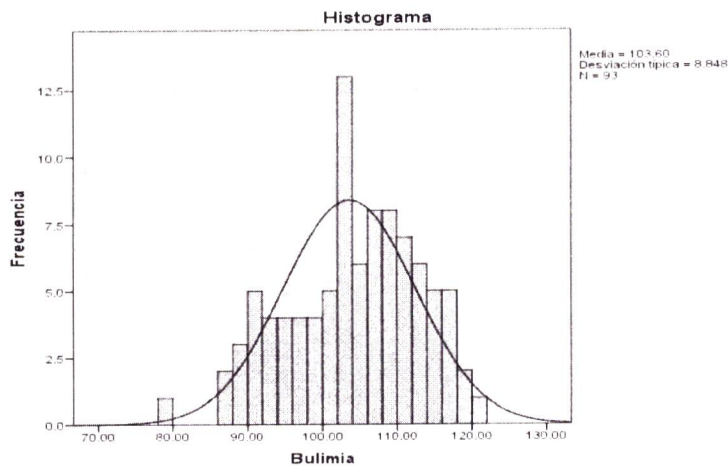
Estadísticos Bulimia

N	Válidos	93
	Perdidos	0
	Media	103.6022
	Desv. típ.	8.84792

Bulimia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	79.00	1	1.1	1.1
	86.00	2	2.2	3.2
	88.00	1	1.1	4.3
	89.00	2	2.2	6.5
	90.00	2	2.2	8.6
	91.00	3	3.2	11.8
	92.00	1	1.1	12.9
	93.00	3	3.2	16.1
	94.00	3	3.2	19.4
	95.00	1	1.1	20.4
	96.00	4	4.3	24.7
	98.00	1	1.1	25.8
	99.00	3	3.2	29.0
Válidos	100.00	5	5.4	34.4
	102.00	6	6.5	40.9
	103.00	7	7.5	48.4
	104.00	4	4.3	52.7
	105.00	2	2.2	54.8
	106.00	6	6.5	61.3
	107.00	2	2.2	63.4
	108.00	4	4.3	67.7
	109.00	4	4.3	72.0
	110.00	4	4.3	76.3
	111.00	3	3.2	79.6
	112.00	2	2.2	81.7
	113.00	4	4.3	86.0
	114.00	4	4.3	90.3

115.00	1	1.1	1.1	91.4
116.00	1	1.1	1.1	92.5
117.00	4	4.3	4.3	96.8
118.00	2	2.2	2.2	98.9
121.00	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	



a

Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. tip.
¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?	4.91	.282
**Uso diuréticos para controlar mi peso	4.89	.521
¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	4.88	.386
**Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso	4.87	.594
cansado Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar	4.77	.823
¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?	4.67	.697
Actualmente me etiquetaría como un/a "comedor/a compulsivo/a"	4.66	.827
Temo comer algo por miedo a no poder parar	4.60	.809
vida Siento que la comida controla mi vida	4.55	.891
**¿Cuánto peso has perdido en un mes?	4.51	.842
¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?	4.51	1.007
**¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?	4.37	.818
hambriento Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.	4.26	1.052
En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías	4.19	.936
Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana	4.16	1.096
¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?	4.15	.896
Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.	4.12	1.293
Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?	4.11	.878
Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho	3.98	1.268
Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas	3.92	1.154

¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?	3.91	.761
Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.	3.69	1.359
Prefiero comer...	3.35	1.613
La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez	3.30	1.325
¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?	3.09	1.100
¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?	2.78	1.318
Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías	2.68	1.505
¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?	2.51	1.348
Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser	2.41	1.066
**He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.	2.01	1.379
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?	1.91	1.195
¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?	1.84	1.279
Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.	1.69	.978
**Mujeres sólo: Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...	1.42	.697
**Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	1.26	.859
**Mujeres sólo: Mi último periodo fue...	1.11	.541

Tabla de frecuencia

incontroladamente1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 una vez al mes o menos (nunca)	59	63.4	63.4	63.4
2 2-3 veces al mes	9	9.7	9.7	73.1
Válidos 3 1-2 veces a la semana	12	12.9	12.9	86.0
4 3-6 veces a la semana	7	7.5	7.5	93.5
5 1 vez al día o más	6	6.5	6.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Satisfecho 2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 De acuerdo	52	55.9	55.9	55.9
Válidos 2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27	29.0	29.0	84.9

	3 Algo en desacuerdo	7	7.5	7.5	92.5
	4 En desacuerdo	5	5.4	5.4	97.8
	5 Muy en desacuerdo	2	2.2	2.2	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

explotar3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Casi nunca o nunca	2	2.2	2.2
	2 A veces	5	5.4	7.5
	3 A menudo	4	4.3	11.8
	4 Muy frecuentemente	48	51.6	63.4
	5 Casi cada vez que como	34	36.6	100.0
	Total	93	100.0	100.0

Atracones4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 No, probablemente no	3	3.2	3.2
	2 Sí posiblemente	4	4.3	7.5
	3 Sí, probablemente	5	5.4	12.9
	4 Sí	12	12.9	25.8
	5 Sí, totalmente	69	74.2	100.0
	Total	93	100.0	100.0

Prefiero 5. Prefiero comer...

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 No me importa el sitio	9	9.7	9.7
	2 En casa de una amigo	38	40.9	50.5
	3 En un restaurante público	1	1.1	51.6
	4 En casa, con otras personas	1	1.1	52.7
	5 En casa, solo/a	44	47.3	100.0
	Total	93	100.0	100.0

Consumes 6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 La mayor parte del tiempo o siempre	20	21.5	21.5
	2 Muchas veces	21	22.6	44.1
	3 Ocasionalmente	22	23.7	67.7

	4 Rara vez	19	20.4	20.4	88.2
	5 Nunca	11	11.8	11.8	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

laxantes 7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Una vez al mes o menos (o nunca)	1	1.1	1.1
	2 2-3 veces al mes	1	1.1	2.2
Válidos	3 1-2 veces a la semana	2	2.2	4.3
	4 3-6 veces a la semana	1	1.1	5.4
	5 Una vez al día o más	88	94.6	100.0
	Total	93	100.0	100.0

cansado8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 Una vez al mes o menos (o nunca)	3	3.2	3.2
	2 2-3 veces al mes	1	1.1	4.3
Válidos	3 1-2 veces a la semana	2	2.2	6.5
	4 3-6 veces a la semana	2	2.2	8.6
	5 Al menos una vez al día	85	91.4	100.0
	Total	93	100.0	100.0

comilona9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 No me doy atracones	8	8.6	8.6
	2 Pocas veces o nunca	19	20.4	29.0
Válidos	3 Algunas veces	32	34.4	63.4
	4 Frecuentemente	25	26.9	90.3
	5 Siempre	9	9.7	100.0
	Total	93	100.0	100.0

Preocupan 10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1 No me doy atracones	31	33.3	33.3
Válidos	2 Me importa un poco	18	19.4	52.7
	3 Me importa moderadamente	17	18.3	71.0

	4 Me importa bastante	20	21.5	21.5	92.5
	5 Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida	7	7.5	7.5	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

sorprenderia11.La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 No	14	15.1	15.1
	2 Posiblemente	9	9.7	24.7
	3 Probablemente	25	26.9	51.6
	4 Bastante probablemente	25	26.9	78.5
	5 Sin ninguna duda	20	21.5	100.0
	Total	93	100.0	100.0

enferma12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4 Frecuentemente	8	8.6	8.6
	5 Muy frecuentemente	85	91.4	100.0
	Total	93	100.0	100.0

miedo 13.Temo comer algo por miedo a no poder parar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Casi nunca o nunca	2	2.2	2.2
	2 Algunas veces	1	1.1	3.2
	3 Frecuentemente	4	4.3	7.5
	4 Casi siempre	18	19.4	26.9
	5 Siempre	68	73.1	100.0
	Total	93	100.0	100.0

demasiado14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 No como demasiado	10	10.8	10.8
	2 Casi nunca o nunca	8	8.6	19.4
	3 Algunas veces	20	21.5	40.9
	4 Frecuentemente	18	19.4	60.2
	5 Siempre	37	39.8	100.0
	Total	93	100.0	100.0

Vomito15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3 Dos o tres veces al mes	2	2.2	2.2	2.2
4 Una vez a la semana	7	7.5	7.5	9.7
Válidos 5 Dos veces o más a la semana	84	90.3	90.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

sensaciones16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 No me doy atracones	53	57.0	57.0	57.0
2 Me siento bien	11	11.8	11.8	68.8
3 Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a	14	15.1	15.1	83.9
Válidos 4 Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a	14	15.1	15.1	98.9
5 Me odio a mi mismo/a	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Hambriento 17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Pocas veces o nunca	3	3.2	3.2	3.2
2 Algunas veces	5	5.4	5.4	8.6
3 Ocasionalmente	9	9.7	9.7	18.3
Válidos 4 Frecuentemente	24	25.8	25.8	44.1
5 Muy frecuentemente	52	55.9	55.9	100.0
Total	93	100.0	100.0	

diferentes18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Casi nunca o nunca	6	6.5	6.5	6.5
2 Algunas veces	7	7.5	7.5	14.0
3 Frecuentemente	8	8.6	8.6	22.6
Válidos 4 Casi siempre	39	41.9	41.9	64.5
5 Siempre	33	35.5	35.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Ayunando 19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 No durante el año pasado	50	53.8	53.8	53.8
2 Una vez durante el año pasado	18	19.4	19.4	73.1
3 2-3 veces durante el año pasado	10	10.8	10.8	83.9
4 4-5 veces durante el año pasado	4	4.3	4.3	88.2
5 Más de 5 veces durante el año pasado	11	11.8	11.8	100.0
Total	93	100.0	100.0	

triste20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Casi nunca o nunca	7	7.5	7.5	7.5
2 Algunas veces	9	9.7	9.7	17.2
3 Frecuentemente	3	3.2	3.2	20.4
4 Casi siempre	21	22.6	22.6	43.0
5 Siempre	53	57.0	57.0	100.0
Total	93	100.0	100.0	

calorias21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Casi nunca, nunca o no es aplicable	1	1.1	1.1	1.1
2 Algunas veces	4	4.3	4.3	5.4
3 Frecuentemente	15	16.1	16.1	21.5
4 Casi siempre	29	31.2	31.2	52.7
5 Siempre	44	47.3	47.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

comportamiento22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Mayor que la de los demás	10	10.8	10.8	10.8
2 Más o menos igual	57	61.3	61.3	72.0
3 Menor	13	14.0	14.0	86.0

4 Mucho menor	4	4.3	4.3	90.3
5 No tengo control en absoluto	9	9.7	9.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

23. buffet Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante	27	29.0	29.0	29.0
2 Un poco apenado/a por haber comido mucho	22	23.7	23.7	52.7
Válidos 3 Un poco decepcionado/a conmigo/a	19	20.4	20.4	73.1
4 Triste conmigo mismo/a	4	4.3	4.3	77.4
5 Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a	21	22.6	22.6	100.0
Total	93	100.0	100.0	

compulsivo24. Actualmente me etiquetaría como un/a “comedor/a compulsivo/a” (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 No, probablemente no	2	2.2	2.2	2.2
2 Sí, posiblemente	1	1.1	1.1	3.2
Válidos 3 Sí, probablemente	6	6.5	6.5	9.7
4 Sí	9	9.7	9.7	19.4
5 Absolutamente	75	80.6	80.6	100.0
Total	93	100.0	100.0	

perdido25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 Menos de 2 kilogramos	2	2.2	2.2	2.2
2 Entre 2 y 3 kilogramos	3	3.2	3.2	5.4
Válidos 4 Entre 5.5 y 9 kilogramos	29	31.2	31.2	36.6
5 Alrededor de 9 kilogramos	59	63.4	63.4	100.0
Total	93	100.0	100.0	

comomuchu26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 No como mucho por la noche	4	4.3	4.3	4.3
2 Casi nunca o nunca	3	3.2	3.2	7.5
3 Algunas veces	16	17.2	17.2	24.7
4 Frecuentemente	21	22.6	22.6	47.3
5 Siempre	49	52.7	52.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Fácil vomitar 27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2 Más o menos igual	3	3.2	3.2	3.2
3 Sí, es un poco fácil	3	3.2	3.2	6.5
4 Sí, es fácil	16	17.2	17.2	23.7
5 Sí, no supone ningún problema para mí	71	76.3	76.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

vida 28. Siento que la comida controla mi vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Pocas veces o ninguna	3	3.2	3.2	3.2
2 Algunas veces	1	1.1	1.1	4.3
3 Frecuentemente	4	4.3	4.3	8.6
4 Casi siempre	19	20.4	20.4	29.0
5 Siempre	66	71.0	71.0	100.0
Total	93	100.0	100.0	

deprimida 29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 No como mucho	9	9.7	9.7	9.7
2 pocas veces o ninguna	2	2.2	2.2	11.8
3 Algunas veces	15	16.1	16.1	28.0
4 Frecuentemente	23	24.7	24.7	52.7
5 Siempre	44	47.3	47.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Perder peso 30. Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1 Menos de una vez al mes o nunca	83	89.2	89.2	89.2
2 Una vez al mes	4	4.3	4.3	93.5
3 2-3 veces al mes	1	1.1	1.1	94.6
4 Una vez a la semana	2	2.2	2.2	96.8
5 Dos veces o más a la semana	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

velocidad31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1 Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)	2	2.2	2.2	2.2
2 Más o menos igual que el resto	4	4.3	4.3	6.5
3 Un poco más rápido que el resto	7	7.5	7.5	14.0
4 Mucho más rápido que el resto	49	52.7	52.7	66.7
5 Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas	31	33.3	33.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

máximo32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1 Menos de 2 kilogramos	1	1.1	1.1	1.1
2 Entre 2 y 3 kilogramos	2	2.2	2.2	3.2
3 Entre 3.5 y 5 kilogramos	8	8.6	8.6	11.8
4 Entre 5.5 y 9 kilogramos	33	35.5	35.5	47.3
5 Alrededor de 9 kilogramos	49	52.7	52.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

mujeresMujeres sólo:33. Mi último periodo fue...

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1 El mes pasado	88	94.6	94.6	94.6
2 Hace dos meses	3	3.2	3.2	97.8
4 Hace seis meses	1	1.1	1.1	98.9

5 No he tenido el periodo en los últimos seis meses	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

diureticos34. Uso diuréticos para controlar mi peso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Una vez al mes o menos (o nunca)	1	1.1	1.1	1.1
3 1-2 veces a la semana	2	2.2	2.2	3.2
4 3-6 veces a la semana	2	2.2	2.2	5.4
5 Una vez al día o más	88	94.6	94.6	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Apetito 35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Menor que el resto	1	1.1	1.1	1.1
2 Más o menos igual	4	4.3	4.3	5.4
3 Un poco mayor	13	14.0	14.0	19.4
4 Mayor	59	63.4	63.4	82.8
5 Muchas veces más grande que el del resto	16	17.2	17.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Periodo36. Mujeres sólo: Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Siempre	65	69.9	69.9	69.9
2 Usualmente	17	18.3	18.3	88.2
3 Algunas veces	11	11.8	11.8	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Apéndice D

Frecuencias

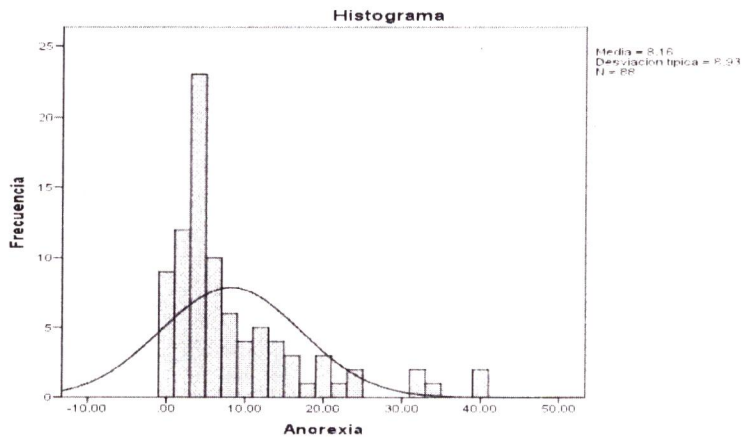
Estadísticos

Anorexia

N	Válidos	88
	Perdidos	0

Anorexia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	9	10.2	10.2	10.2
	6	6.8	6.8	17.0
	6	6.8	6.8	23.9
	13	14.8	14.8	38.6
	10	11.4	11.4	50.0
	3	3.4	3.4	53.4
	7	8.0	8.0	61.4
	1	1.1	1.1	62.5
	5	5.7	5.7	68.2
	2	2.3	2.3	70.5
	2	2.3	2.3	72.7
	2	2.3	2.3	75.0
	3	3.4	3.4	78.4
Válidos	2	2.3	2.3	80.7
	2	2.3	2.3	83.0
	2	2.3	2.3	85.2
	1	1.1	1.1	86.4
	1	1.1	1.1	87.5
	2	2.3	2.3	89.8
	1	1.1	1.1	90.9
	1	1.1	1.1	92.0
	2	2.3	2.3	94.3
	1	1.1	1.1	95.5
	1	1.1	1.1	96.6
	1	1.1	1.1	97.7
	2	2.3	2.3	100.0
Total	88	100.0	100.0	



Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. típ.
ejercicio 12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	.85	1.227
autocontrol 19. Muestro tener autocontrol en torno a la comida.	.82	1.189
alimentos 6. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que comemos.	.78	1.159
grasa 14. Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo.	.60	1.130
aterrada 1. Estoy aterrado por tener sobrepeso.	.57	1.102
delgada 11. Estoy preocupado por el deseo de ser más delgado.	.52	1.039
probar 26. Disfruto de probar nuevas comidas ricas.	.52	.897
tiempo 15. Tomo más tiempo que otros para comer mis comidas.	.40	.929
personas 13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgada.	.35	.845
preocupada 3. Me encuentro preocupado por la comida.	.33	.840
pedazos 5. Corto la comida en pedazos pequeños.	.33	.784
siento 8. Siento que otros preferirían que comiera más.	.32	.852
incomoda 22. Me siento incómoda después de comer dulces.	.26	.795
carbohidratos 7. En particular, evito los alimentos con un alto contenido en carbohidratos contenido (es decir, pan, arroz, papas, etc)	.22	.669
pensamiento 21. Doy demasiado tiempo y pensamiento a la alimentación.	.20	.664
dieta 17. Como alimentos de dieta.	.17	.592

culpable 10. Me siento extremadamente culpable después de comer.	.16	.604
presionan 20. Siento que los demás me presionan para comer.	.14	.507
vacio 24. Me gusta que mi estómago este vacío.	.12	.563
evito 2. Evito comer cuando tengo hambre.	.12	.521
conductas 23. Participo en conductas dietéticas.	.11	.513
azucar 16. Evito los alimentos con azúcar.	.09	.419
vida 18. Siento que la comida controla mi vida	.09	.471
vomito 9. Vómito después de haber comido.	.06	.382
atracones 4. He tenido atracones de comida donde siento que puede no ser capaz de parar.	.01	.107
impulso 25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.	.00	.000

Tabla de frecuencia

aterrada 1. Estoy aterrado por tener sobrepeso.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	67	76.1	76.1	76.1
1 A menudo	5	5.7	5.7	81.8
Válidos 2 En general	3	3.4	3.4	85.2
3 Siempre	13	14.8	14.8	100.0
Total	88	100.0	100.0	

evito 2. Evito comer cuando tengo hambre.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	82	93.2	93.2	93.2
1 A menudo	3	3.4	3.4	96.6
Válidos 2 En general	1	1.1	1.1	97.7
3 Siempre	2	2.3	2.3	100.0
Total	88	100.0	100.0	

preocupada 3. Me encuentro preocupado por la comida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	74	84.1	84.1
	1 A menudo	5	5.7	89.8
	2 En general	3	3.4	93.2
	3 Siempre	6	6.8	100.0
	Total	88	100.0	100.0

atracones 4. He tenido atracones de comida donde siento que puede no ser capaz de parar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	87	98.9	98.9
	1 A menudo	1	1.1	100.0
	Total	88	100.0	100.0

pedazos 5. Corto la comida en pedazos pequeños.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	72	81.8	81.8
	1 A menudo	7	8.0	89.8
	2 En general	5	5.7	95.5
	3 Siempre	4	4.5	100.0
	Total	88	100.0	100.0

alimentos 6. Estoy consciente del contenido calórico de los alimentos que comemos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	56	63.6	63.6
	1 A menudo	9	10.2	73.9
	2 En general	9	10.2	84.1
	3 Siempre	14	15.9	100.0
	Total	88	100.0	100.0

carbohidratos 7. En particular, evito los alimentos con un alto contenido en carbohidratos contenido (es decir, pan, arroz, papas, etc)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	78	88.6	88.6
	1 A menudo	4	4.5	93.2
	2 En general	3	3.4	96.6
	3 Siempre	3	3.4	100.0
	Total	88	100.0	100.0

siento 8. Siento que otros preferirían que comiera más.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	75	85.2	85.2	85.2
1 A menudo	5	5.7	5.7	90.9
2 En general	1	1.1	1.1	92.0
3 Siempre	7	8.0	8.0	100.0
Total	88	100.0	100.0	

vomito 9. Vómito después de haber comido.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	86	97.7	97.7	97.7
2 En general	1	1.1	1.1	98.9
3 Siempre	1	1.1	1.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

culpable 10. Me siento extremadamente culpable después de comer.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	81	92.0	92.0	92.0
1 A menudo	3	3.4	3.4	95.5
2 En general	1	1.1	1.1	96.6
3 Siempre	3	3.4	3.4	100.0
Total	88	100.0	100.0	

delgada 11. Estoy preocupado por el deseo de ser más delgado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	67	76.1	76.1	76.1
1 A menudo	7	8.0	8.0	84.1
2 En general	3	3.4	3.4	87.5
3 Siempre	11	12.5	12.5	100.0
Total	88	100.0	100.0	

ejercicio 12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	57	64.8	64.8	64.8
1 A menudo	3	3.4	3.4	68.2
2 En general	12	13.6	13.6	81.8
3 Siempre	16	18.2	18.2	100.0

Total	88	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

personas 13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	73	83.0	83.0	83.0
1 A menudo	4	4.5	4.5	87.5
2 En general	6	6.8	6.8	94.3
3 Siempre	5	5.7	5.7	100.0
Total	88	100.0	100.0	

grasa 14. Estoy preocupado con la idea de tener grasa en mi cuerpo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	66	75.0	75.0	75.0
1 A menudo	5	5.7	5.7	80.7
2 En general	3	3.4	3.4	84.1
3 Siempre	14	15.9	15.9	100.0
Total	88	100.0	100.0	

tiempo 15. Tomo más tiempo que otros para comer mis comidas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	72	81.8	81.8	81.8
1 A menudo	5	5.7	5.7	87.5
2 En general	3	3.4	3.4	90.9
3 Siempre	8	9.1	9.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

azucar 16. Evito los alimentos con azúcar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	83	94.3	94.3	94.3
1 A menudo	3	3.4	3.4	97.7
2 En general	1	1.1	1.1	98.9
3 Siempre	1	1.1	1.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

dieta 17. Como alimentos de dieta.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	80	90.9	90.9	90.9

	1 A menudo	3	3.4	3.4	94.3
	2 En general	3	3.4	3.4	97.7
	3 Siempre	2	2.3	2.3	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

vida 18. Siento que la comida controla mi vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	84	95.5	95.5	95.5
	1 A menudo	2	2.3	2.3	97.7
	3 Siempre	2	2.3	2.3	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

autocontrol 19. Muestro tener autocontrol en torno a la comida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	57	64.8	64.8	64.8
	1 A menudo	4	4.5	4.5	69.3
	2 En general	13	14.8	14.8	84.1
	3 Siempre	14	15.9	15.9	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

presionan 20. Siento que los demás me presionan para comer.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	80	90.9	90.9	90.9
	1 A menudo	6	6.8	6.8	97.7
	3 Siempre	2	2.3	2.3	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

pensamiento 21. Doy demasiado tiempo y pensamiento a la alimentación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	78	88.6	88.6	88.6
	1 A menudo	6	6.8	6.8	95.5
	3 Siempre	4	4.5	4.5	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

incomoda 22. Me siento incómoda después de comer dulces.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	78	88.6	88.6	88.6

	1 A menudo	3	3.4	3.4	92.0
	2 En general	1	1.1	1.1	93.2
	3 Siempre	6	6.8	6.8	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

conductas 23. Participo en conductas dietéticas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	83	94.3	94.3	94.3
	1 A menudo	2	2.3	2.3	96.6
	2 En general	1	1.1	1.1	97.7
	3 Siempre	2	2.3	2.3	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

vacio 24. Me gusta que mi estómago este vacío.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	83	94.3	94.3	94.3
	1 A menudo	2	2.3	2.3	96.6
	3 Siempre	3	3.4	3.4	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

impulso 25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Nunca, Rara vez, Algunas veces	88	100.0	100.0	100.0

probar 26. Disfruto de probar nuevas comidas ricas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 A menudo, En general, Siempre	59	67.0	67.0	67.0
	1 Algunas veces	19	21.6	21.6	88.6
	2 Rara vez	3	3.4	3.4	92.0
	3 Nunca	7	8.0	8.0	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

Tabla de frecuencia

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15	8	9.1	9.1	9.1
16	37	42.0	42.0	51.1
Válidos 17	36	40.9	40.9	92.0
18	7	8.0	8.0	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Peso actual peso actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
40.0	2	2.3	2.3	2.3
41.0	1	1.1	1.1	3.4
41.5	1	1.1	1.1	4.5
42.0	1	1.1	1.1	5.7
43.0	2	2.3	2.3	8.0
43.5	1	1.1	1.1	9.1
45.0	7	8.0	8.0	17.0
46.0	3	3.4	3.4	20.5
47.0	3	3.4	3.4	23.9
47.8	1	1.1	1.1	25.0
48.0	5	5.7	5.7	30.7
Válidos 49.0	2	2.3	2.3	33.0
49.5	1	1.1	1.1	34.1
50.0	7	8.0	8.0	42.0
51.0	1	1.1	1.1	43.2
51.4	1	1.1	1.1	44.3
52.0	1	1.1	1.1	45.5
53.0	7	8.0	8.0	53.4
54.0	1	1.1	1.1	54.5
54.4	1	1.1	1.1	55.7
55.0	1	1.1	1.1	56.8
56.0	4	4.5	4.5	61.4
57.0	4	4.5	4.5	65.9
59.0	1	1.1	1.1	67.0

60.0	6	6.8	6.8	73.9
62.0	2	2.3	2.3	76.1
63.0	3	3.4	3.4	79.5
64.0	1	1.1	1.1	80.7
65.0	1	1.1	1.1	81.8
67.0	1	1.1	1.1	83.0
69.0	2	2.3	2.3	85.2
70.0	1	1.1	1.1	86.4
71.0	1	1.1	1.1	87.5
75.0	3	3.4	3.4	90.9
76.0	1	1.1	1.1	92.0
77.0	1	1.1	1.1	93.2
80.0	1	1.1	1.1	94.3
82.0	1	1.1	1.1	95.5
90.0	1	1.1	1.1	96.6
91.0	1	1.1	1.1	97.7
95.0	1	1.1	1.1	98.9
98.0	1	1.1	1.1	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Mayor peso mayor peso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
43.0	1	1.1	1.9	1.9
43.5	1	1.1	1.9	3.7
44.5	1	1.1	1.9	5.6
45.0	2	2.3	3.7	9.3
46.0	1	1.1	1.9	11.1
47.0	3	3.4	5.6	16.7
48.0	4	4.5	7.4	24.1
49.0	2	2.3	3.7	27.8
50.0	4	4.5	7.4	35.2
53.0	2	2.3	3.7	38.9
54.0	2	2.3	3.7	42.6
55.0	4	4.5	7.4	50.0
56.0	3	3.4	5.6	55.6
57.0	1	1.1	1.9	57.4
60.0	3	3.4	5.6	63.0
63.0	2	2.3	3.7	66.7
64.0	1	1.1	1.9	68.5
65.0	1	1.1	1.9	70.4
66.0	1	1.1	1.9	72.2
67.0	1	1.1	1.9	74.1

	68.0	2	2.3	3.7	77.8
	70.0	2	2.3	3.7	81.5
	73.0	2	2.3	3.7	85.2
	75.0	1	1.1	1.9	87.0
	76.0	1	1.1	1.9	88.9
	78.0	1	1.1	1.9	90.7
	79.0	1	1.1	1.9	92.6
	80.0	1	1.1	1.9	94.4
	83.0	1	1.1	1.9	96.3
	85.0	1	1.1	1.9	98.1
	91.0	1	1.1	1.9	100.0
	Total	54	61.4	100.0	
Perdidos	Sistema	34	38.6		
	Total	88	100.0		

Altura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1.30	2	2.3	2.5
	1.40	2	2.3	5.1
	1.46	1	1.1	6.3
	1.47	1	1.1	7.6
	1.48	1	1.1	8.9
	1.49	2	2.3	11.4
	1.50	4	4.5	16.5
	1.53	5	5.7	27.8
	1.54	3	3.4	31.6
	1.55	3	3.4	35.4
	1.56	6	6.8	43.0
	1.57	4	4.5	48.1
	1.58	1	1.1	49.4
Válidos	1.59	2	2.3	51.9
	1.60	13	14.8	68.4
	1.61	2	2.3	70.9
	1.62	2	2.3	73.4
	1.63	2	2.3	75.9
	1.64	1	1.1	77.2
	1.65	5	5.7	83.5
	1.66	1	1.1	84.8
	1.67	1	1.1	86.1
	1.68	1	1.1	87.3
	1.69	1	1.1	88.6
	1.70	3	3.4	92.4
	1.72	3	3.4	96.2
	1.73	1	1.1	97.5

	1.75	2	2.3	2.5	100.0
	Total	79	89.8	100.0	
Perdidos	Sistema	9	10.2		
	Total	88	100.0		

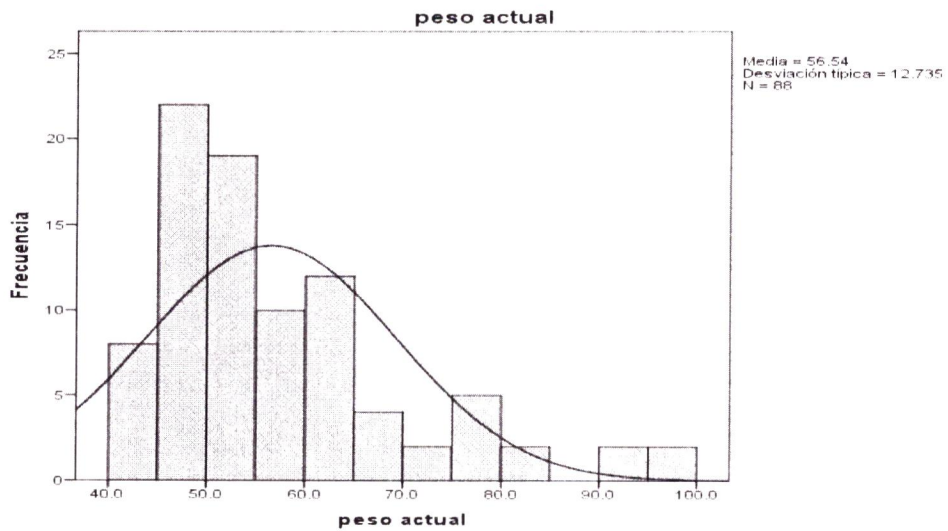
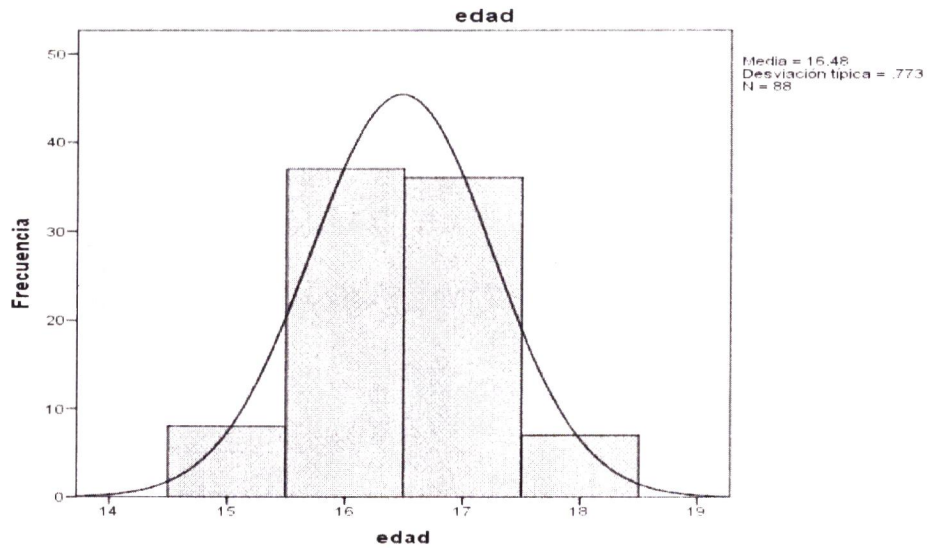
Peso ideal peso ideal

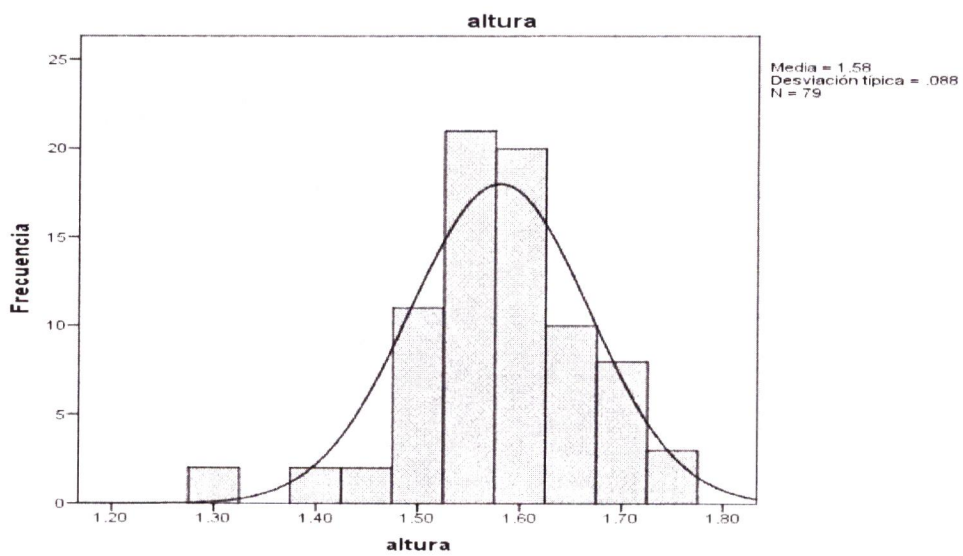
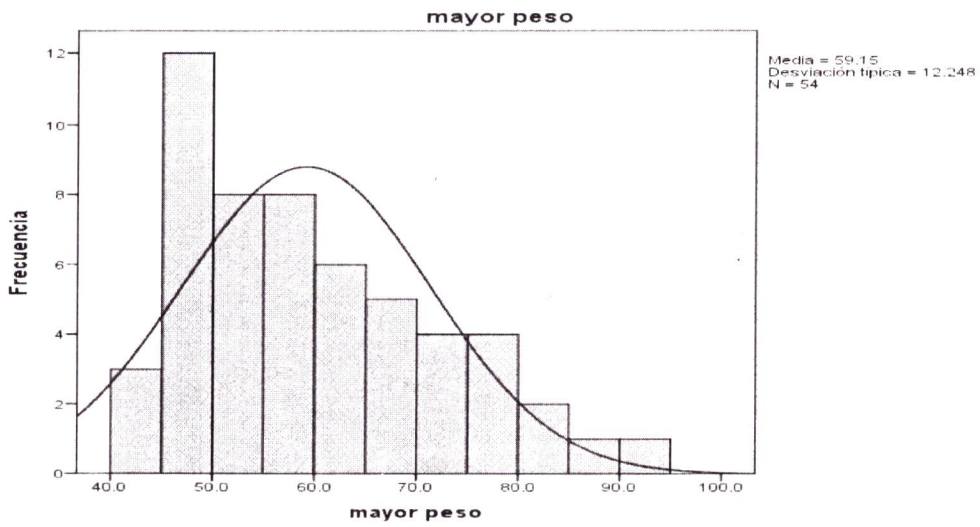
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
40.0	2	2.3	3.0	3.0
42.0	1	1.1	1.5	4.5
43.0	1	1.1	1.5	6.0
44.0	1	1.1	1.5	7.5
45.0	7	8.0	10.4	17.9
46.0	3	3.4	4.5	22.4
47.0	1	1.1	1.5	23.9
47.5	1	1.1	1.5	25.4
50.0	20	22.7	29.9	55.2
52.0	3	3.4	4.5	59.7
53.0	1	1.1	1.5	61.2
Válidos 54.0	1	1.1	1.5	62.7
55.0	6	6.8	9.0	71.6
55.6	1	1.1	1.5	73.1
56.0	3	3.4	4.5	77.6
57.0	2	2.3	3.0	80.6
58.0	1	1.1	1.5	82.1
60.0	7	8.0	10.4	92.5
64.0	1	1.1	1.5	94.0
65.0	1	1.1	1.5	95.5
70.0	2	2.3	3.0	98.5
80.0	1	1.1	1.5	100.0
Total	67	76.1	100.0	
Perdidos	Sistema	21	23.9	
	Total	88	100.0	

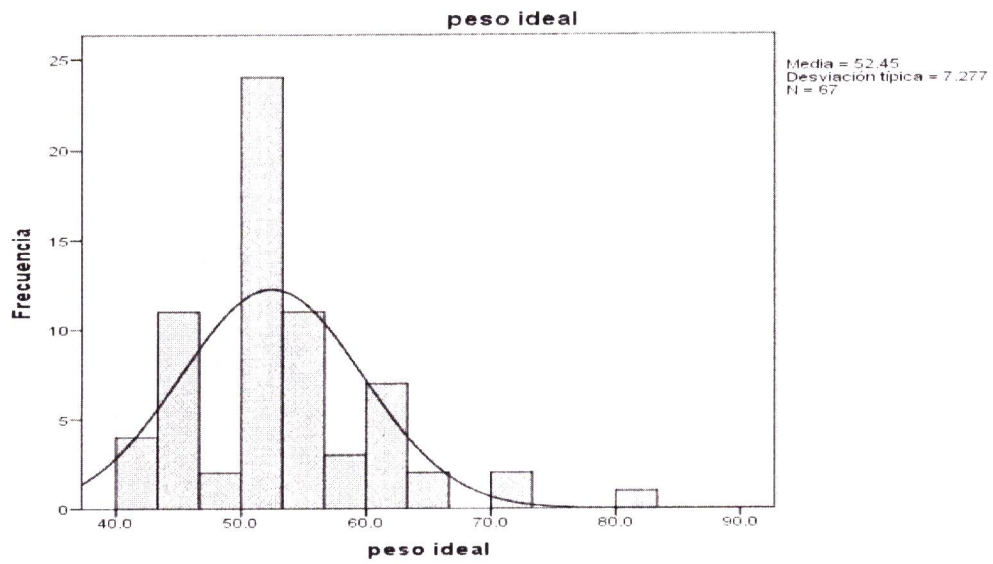
Frecuencias

Estadísticos

		edad	peso actual	mayor peso	Altura	peso ideal
N	Válidos	88	88	54	79	67
	Perdidos	0	0	34	9	21
	Media	16.48	56.535	59.148	1.5796	52.449
	Desv. típ.	.773	12.7349	12.2485	.08767	7.2767







LISTA DE REFERENCIAS

- Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. B. y Arroyo, P. (2001) Alimentación y nutrición del adolescente. En Casanueva E. et al., *Nutriología Médica*, 3a. ed, (pp. 119-140). México: Médica Panamericana.
- Corada Luis, L., Montedónico Arancibia, A., (2007) Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad.
- Cruz Bojorquez, R. M., Ávila Escalante, M. L., Cortés Sobrino, M. d., Vázquez Arévalo, R. V. y Mancilla Díaz, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(002), 189-198.
- Galarsi, M. F., Correche, M. S. y Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en Humanidades*, 21(1), 193-205.
- Guadarrama, R. y Mendoza Mojica, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 125-136.
- Health and Public Policy Committee, (1986). Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia. *Annals of Internal Medicine*, 105(5), 790-794. (11)
- Hernández, B., Velasco-Mondragón, H.E. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública de México* 42(5),447-455.
- Hernández Sampieri, C.B., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P.(1997). Metodología de la investigación. McGRAW - HILL Interamericana De México, S.A. de C.V
- Lenoir, M. y Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niño y adolescente (parte 1) criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *AAP*, 103(3), 253-260.
- León, R. C., Gómez, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud mental*, 31(6), 447-452.

- Losinno, H. R. (2008). Anorexia nerviosa la representación padre y su influencia sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 11, 53-76.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Brandão, I., Gonçalves, S. y Torres, A. R. (2004). Suicide attempts and clinical severity of eating disorders: an exploratory study. *Terapia Psicológica*, 22(001), 57-60.
- Marín Cortés, A. F. y Bedoya Hernández, M. H., (2009). Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia y bulimia. *Latreia*, 22(3), 219-226. (9)
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. y Ricomá, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23.
- Rybakowski, F., Slopian, A., Zakrzewska, M., Hornowska, E. y Rajewski, A. (2004). Temperament and character inventory in adolescents with anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica*, 16, 169-174.
- Salazar, Z. M. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revistas de Ciencias Sociales*, 2(116), 71-85.
- Seidenfeld, M. E. K., Sosin, E. y Rickert, V. I. (2004). Nutrition and eating disorders in adolescents. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(3), 155–161.
- Sernec, K., Tomori, M. y Zalar, B. (2009). Effect of management of patients with anorexia and bulimia nervosa on symptoms and impulsive behavior. *Coll Antropol*, 34(4), 1281-1287.
- Sierra Puentes, M. (2005). La bulimia y sus subtipos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(001), 79-87.
- Unikel, C. y Bojorquez, L. (2007). A review of eating disorders research in México. *International Journal of Psychology*, 42(1), 59-68.
- Unikel Santoncini, C. y Caballero Romo, A. (2010). Guía Clínica para los trastornos de la conducta alimentaria. *Guías Clínicas para la atención de trastornos mentales*. México D.F
- White Elena, G. (1975). *Consejos sobre el régimen alimenticio*. Mountain View, California: Publicaciones Interamericanas.
- White Elena, G. (1989). *Mente carácter y personalidad*. Tomo 2. Florida Oeste, Buenos Aires, República Argentina. Asociación Casa Editora Sudamericana.