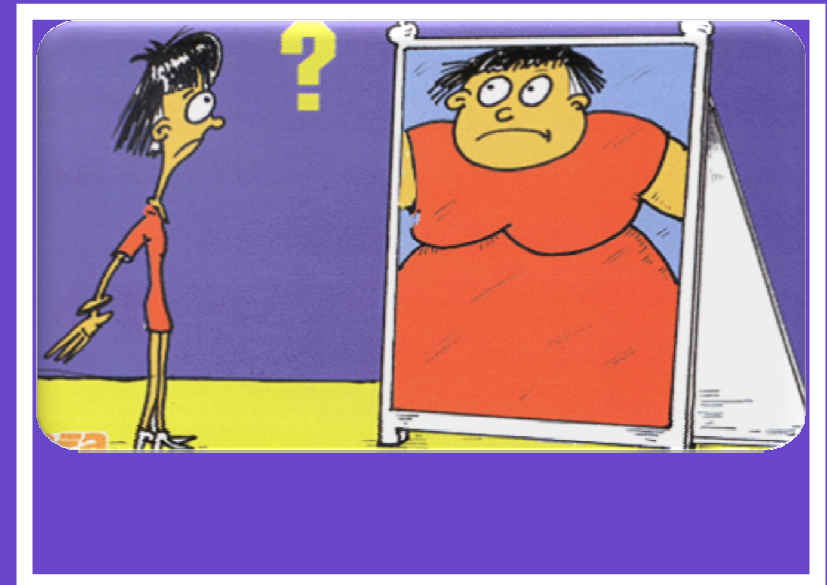


Máster Universitario Psicología General Sanitaria

Asignatura: Avances en psicopatología

Trastornos de conducta alimentaria, imagen corporal y obesidad: Evaluación e intervención



Carmen Maganto y Maite Garaigordobil

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:
IMAGEN CORPORAL Y OBESIDAD.
EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN**

Carmen Maganto y Maite Garaigordobil

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagiaran, distribuyeran o comunicaran públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la perceptiva autorización.

© Carmen Maganto Mateo, 2013
© Maite Garaigordobil Landazabal, 2013

I.S.B.N.:978-84-616-5390-7
Depósito Legal: SS-1568-2013

Impresión:
Fotocopias Zorroaga
Avda. Tolosa, 70
20018 Donostia

Carmen Maganto Mateo
Universidad del País Vasco
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Avenida Tolosa, 70
20018 San Sebastián
Telf.: 943 018 344 Fax: 943 015 670

Índice

1. LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	5
1.1. ANOREXIA NERVIOSA.....	5
1.1.1. Definición	5
1.1.2. Criterios diagnósticos	6
1.1.3. Características de la persona anoréxica	8
1.2. BULIMIA NERVIOSA	13
1.2.1. Definición	13
1.2.2. Criterios diagnósticos	13
1.2.3. Características de la persona bulímica	15
1.3. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO	18
1.3.1. Definición	18
1.3.2. Criterios diagnósticos	19
1.4. TRASTORNO POR ATRACÓN.....	20
1.5. TRASTORNO EVITATIVO-RESTRICTIVO DE LA INGESTA ALIMENTARIA.....	21
1.6. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA ALIMENTACIÓN.....	22
2. IMAGEN CORPORAL.....	23
2.1. EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL: FACTORES INTEGRANTES Y PRINCIPALES ALTERACIONES	23
2.2. ASPECTO EVOLUTIVO DE LA IMAGEN CORPORAL	25
2.3. LA PRESIÓN SOCIAL DE LOS CÁNONES ESTÉTICOS SOCIOCULTURALES.....	28
3. OBESIDAD	31
3.1. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD.....	31
3.2. ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.....	32
3.3. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD.....	33
4. IMAGEN CORPORAL, OBESIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	35
4.1. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL.	35
4.1.1. Obesidad e insatisfacción con la imagen corporal	35
4.1.2. Obesidad y distorsión con la imagen corporal	38
4.2. OBESIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	39
5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	47
5.1. HISTORIA CLÍNICA.....	47
5.2. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	48
5.3. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD:.....	48
5.3.1. Métodos antropométricos:	48
5.3.2. Otros métodos.....	50
5.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y ALTERACIONES ASOCIADAS.....	51
6. INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN.....	53
6.1. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	53
6.2. INTERVENCIÓN ANTE LA OBESIDAD	54

6.3.	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	59
6.3.1.	Ámbito hospitalario: proceso terapéutico.....	59
6.3.2.	Intervenciones terapéuticas en TCA en el ámbito familiar y en el ámbito comunitario.....	61
6.3.3.	Terapia individual y grupal.....	61
6.3.4.	Grupo de apoyo y orientación para familiares (1 sesión por semana o mes en función del caso):.....	62
7.	CASO MARÍA: UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL Y OBESIDAD	65
7.1.	DESCRIPCIÓN FAMILIAR.....	65
7.2.	MOTIVO DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN (16 AÑOS)	67
7.3.	EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	68
7.3.1	Resultados de la evaluación pre-tratamiento.....	69
7.3.2.	Trabajo terapéutico en la primera etapa:	73
7.4.	TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO.....	73
7.4.1.	Evaluación post-tratamiento:.....	74
7.4.2.	Solicitud de tratamiento psicológico por parte de María.....	75
	ANEXO 1 DEL CASO MARÍA: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO	79
8.	MATERIAL COMPLEMENTARIO DE TRABAJO:	105
	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	105
8.1.	TEST PARA VALORAR LOS PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL	105
8.2.	TEST PARA VALORAR LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	107
8.3.	TEST PARA VALORAR TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS	113
9.	MATERIAL COMPLEMENTARIO DE TRABAJO:	117
	REVISIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y TERAPÉUTICOS	117
9.1.	PROGRAMAS DE IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA.....	117
9.2.	PROGRAMAS DE OBESIDAD Y CONTROL DEL PESO	120
9.3.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125

1. LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por graves alteraciones en las pautas alimentaria, con repercusiones físicas, psicológicas y psicopatológicas para quienes los padecen. En general, podemos diferenciar los dos trastornos más habitualmente conocidos del siguiente modo: la paciente anoréxica trata de llevar una dieta restrictiva o trata de eliminar lo ingerido con conductas purgativas del orden que sea, mientras que la bulímica intenta controlar su alimentación de tal modo que logre un cuerpo perfecto, pero entra en un desequilibrio alimentario que le lleva a ingerir grandes cantidades de comida en forma de atracones recurrentes y en conductas purgativas de gran riesgo para su salud.

En el DSM-IV-TR y DSM V, se diferencian tres trastornos específicos, la anorexia nerviosa (AN) la bulimia nerviosa (BN), y los trastornos de conducta alimentaria no especificadas (TCANE), como la sobreingesta compulsiva o ciertos tipos de obesidad mórbida. El DSM V incorpora cambios que serán expuestos a lo largo de este capítulo (Fuente: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

En este capítulo se presentan los principales trastornos de conducta alimentaria, aportando la definición de los mismos, los criterios diagnósticos y las características que presentan este tipo de pacientes.

1.1. ANOREXIA NERVIOSA

1.1.1. Definición

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario asociado a problemas de la percepción corporal. La persona se niega a mantener su peso corporal dentro de los parámetros considerados normales para su edad y altura, pues tienen distorsionada su figura corporal. Las personas se ven gruesas a pesar de que su peso se encuentra muy por debajo de los límites saludables y por ello tienden a perturbarse constantemente

haciendo dieta (Gómez, García y Corral, 2009; Viñuales et al, 2008). De ahí la importancia de profundizar en las variables de imagen corporal y dietas como veremos más adelante.

1.1.2. Criterios diagnósticos

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se indican los criterios para el diagnóstico de este trastorno. Las características esenciales en la anorexia nerviosa son cuatro: una es el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal que será inferior al 85% del peso normal para su edad y su talla. Para ello, las personas afectadas por este trastorno, pueden hacer dietas estrictas que conducen al adelgazamiento. Otra característica es el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, incluso estando por debajo de un peso saludable. Un tercer criterio o característica es la alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. La última característica es la aparición de la amenorrea en el caso de las chicas

El DSM-IV-TR, diferencia dos tipos de anorexia, dependiendo de los métodos utilizados por los pacientes para la pérdida de peso: Por un lado está la anorexia de tipo restrictivo, cuando la persona utiliza dietas estrictas, ayunos o ejercicio intenso para perder peso, y por otro lado esta la anorexia de tipo purgativo, en aquellos casos en los que la persona recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa en el DSM-IV y DSM V

Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR		Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM-V
Criterio A	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.	Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal, o para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
Criterio B	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
Criterio C	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la

	de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
Criterio D	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.	Se elimina el criterio de amenorrea.

Comentarios a los cambios del DSM-V

El criterio A se modificaría eliminando el ejemplo numérico, ya que más que como una guía, se tomaba como un criterio diagnóstico. Esta flexibilización del criterio da mejor cabida a la variabilidad de la ganancia de peso y altura que presentan las adolescentes durante la pubertad normal y contribuiría a un diagnóstico más pertinente y menos excluyente los casos de AN. El término “rechazo” es eliminado por su imposibilidad de “demostrarlo” y por sus connotaciones negativas en muchos casos al implicar “intención”. Con el nuevo texto se enfatizan las conductas más allá de las intenciones.

El criterio C agrega al componente cognitivo del criterio un componente alternativo conductual (“una conducta persistente para evitar ganar peso”) el que resulta más adecuado en el caso de muchas adolescentes, en los que por la etapa del desarrollo cognitivo en el que están, no poseen la capacidad psicológica como para expresar conceptos más abstractos tales como motivación para perder peso. Muchos pacientes niegan ese temor (incluso afirman su deseo de “ganar” peso). De nuevo se hace más hincapié en las conductas que en discursos e intenciones.

Con relación a la imagen corporal se indica: alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

El requerimiento de amenorrea (criterio D) ha sido ampliamente discutido y finalmente se ha propuesto su eliminación debido a que la evidencia científica ha demostrado que una gran proporción de pacientes cumplen todos los otros criterios para AN, pero mantienen las menstruaciones regulares y, por otro lado, existe una relación inestable entre la pérdida de peso y la amenorrea secundaria. Además, este criterio no resultaba generalizable a todos los posibles casos con AN ya que no era aplicable a

mujeres adolescentes pre-menárquicas, en menopausia y hombres. Finalmente, es un criterio que no es informado de modo fiable por las pacientes. El grupo de trabajo para la clasificación de los TCA en niños y adolescentes aboga, en su reemplazo, por evaluar múltiples sistemas (ej. cardíaco, endocrino, gastrointestinal) para el manejo clínico, en lugar de referir a las secuelas de un solo sistema como diagnóstico clínico (ej. amenorrea).

Por último, aunque en muchos casos resulta difícil reconocer claros subtipos restrictiva-purgativa), se aconseja que se haga para el episodio actual teniendo en cuenta lo acontecido en los últimos tres meses.

Cuadro 2. Tipos de anorexia nerviosa según el DSM IV y DSM V

Tipos de anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR	Tipos de anorexia nerviosa según el DSM-V
Tipo restrictivo	Subtipo restrictivo
Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.	Durante el episodio de AN la paciente utiliza solamente la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo como formas de controlar o disminuir de peso, no recurriendo a atracones ni purgas.
Tipo compulsivo/ purgativo	Subtipo compulsivo/purgativo
Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.	La paciente sufre de atracones y utiliza regularmente conductas purgativas (ej. vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) para controlar o bajar de peso. Los episodios de atracones, en el caso de la AN, por lo general no alcanzan la magnitud de los atracones observados en la BN aunque son vividos con extrema sensación de descontrol.

1.2.3. Características de la persona anoréxica

La revisión de la investigación y de la clínica (Herzog, Beresin y Charat, 2006; Maganto, 2011; Perpiña, 2008; Sánchez-Planell y Prats, 2002; Saldaña, 2001; Striegel-Moore y Smolak, 2002; Toro, 2010) permiten establecer unas características comunes para estas pacientes, sabiendo que en absoluto tienen un perfil homogéneo y que las variaciones ofrecen una diversidad conductual y sintomatológica evidente. En general, les definen características cognitivas, conductuales, emocionales y psicopatológicas que se explican a continuación.

Dentro de las alteraciones cognitivas, la anoréxica se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura. Estas personas rechazan la posibilidad de ser obesas y piensan que el éxito personal como la aceptación social se basa en la delgadez. Por eso son personas que se centran en la figura y el peso, modificando éste a través de la dieta. Lo prioritario en sus vidas es tener un peso cada vez más bajo y una figura más delgada.

Borda, del Río y Torres (2003), encuentran que las personas que padecen este trastorno, tienen una tendencia estadísticamente significativa mayor a presentar ideas irracionales como perfeccionismo, demandas de aprobación, frustración, sobreimplicación ansiosa, irresponsabilidad emocional y desesperanza. Debido a ello, las investigaciones insisten en la necesidad de tratamientos cognitivos que palién las alteraciones o distorsiones cognitivas de estas pacientes (Cooper, 2005; Gillberg, Rastam, Wentz y Gillberg, 2007).

Desarrollan una sensibilidad diferente a estímulos del medio interno, no parecen sentir con la misma intensidad que el resto de las personas la sensación de hambre o fatiga, tiene una percepción extrema para detectar las menores variaciones en la mecánica digestiva: el llenado y vaciado del estómago, el proceso de los alimentos, los movimientos intestinales y las variaciones de peso. Esta auto-observación del proceso de la digestión y metabolización es siempre interpretada con cogniciones erróneas que servirán para reelaborar pensamientos y conceptos cada vez más alejados de la realidad.

Estas alteraciones cognitivas se ven acompañadas de otras conductuales. Lo más lógico sería pensar que primero aparecen las alteraciones de pensamiento, y que éstas generan los cambios conductuales, pero esto no es del todo cierto. En la mayoría de las pacientes se observa que las cogniciones erróneas están vinculadas con el peso bajo y ceden significativamente al aumentar éste. También parece confirmarse esta interdependencia cuando la anoréxica lo es tras una pérdida ponderal, por enfermedad o a causa de una dieta restrictiva impuesta por razones médicas o quirúrgicas. En estas ocasiones se detectan las alteraciones cognitivas tras la pérdida de peso causada por la patología orgánica. En las pacientes anoréxicas crónicas y de larga evolución se da el hecho de que objetivan su delgadez, hacen crítica de sus pensamientos alterados con

respecto a la alimentación, pero mantienen sus conductas alteradas, ya que una alimentación normal genera en ellas miedos intensos, considerados irracionales por ellas mismas, a los que se añade una gran ansiedad.

La experiencia terapéutica confirma que hay pacientes anoréxicas que alcanzando el peso adecuado, siguen manteniéndose aferradas a alimentarse con una mínima variedad de alimentos, ya que esto les proporciona la seguridad de "no seguir engordando" incluso aunque en muchas ocasiones los alimentos que toman sean más calóricos que otros que no se permiten por generarles ansiedad.

En cuanto a las alteraciones conductuales, se inician cuando las pacientes comienzan su dieta restrictiva. En muchas ocasiones es difícil para los familiares delimitar el punto exacto en que la paciente pasa de una dieta moderadamente baja a otra francamente hipocalórica. Comienzan a reducir lo que por propio deseo o culturalmente consideran alimentos "que engordan", rechazan las grasas y los hidratos de carbono.

La progresiva restricción alimentaria despierta la alarma de la familia, la paciente intenta mantener oculta la conducta de rechazo a la comida, utilizando diferentes subterfugios, dicen que no tiene apetito, o que ya ha comido a otras horas. En realidad, malcome a solas, tira la comida, la esconde o simplemente se enfrenta a la familia manteniendo de modo terco su escasa dieta (Calvo, 2002; Toro, 2004).

También alteran las formas de comer. Las anoréxicas, que por lo general son ordenadas pulcras y educadas, pero parecen olvidar las normas sociales relativas a la mesa, utilizando las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos. Al final, la cantidad de comida rechazada es superior a la ingerida, aunque la anoréxica no aceptará esta observación y para ella habrá sido una comida muy copiosa.

Este rechazo a la comida se acompaña en muchas ocasiones por un deseo de que el resto de la familia se alimente bien, llegando a cocinar para los demás, mientras ellas malcomen, y nunca prueban aquello que cocinan para los otros. Se convierten en expertas conocedoras de cuestiones dietéticas, contenido calórico de los alimentos y coleccionistas de menús y dietas. Sin embargo, a veces la dieta no es suficiente para conseguir el peso deseado. Entonces la anoréxica descubre otros medios para conseguir

su objetivo, y al malcomer suman los vómitos, los laxantes, diuréticos y el ejercicio exagerado. Se vomita después de comer a escondidas, generalmente en el baño (Herzog et al., 2006; Perpiñá, 2008).

Con la restricción alimentaria se provoca estreñimiento, y la anoréxica se hace habitual de los laxantes. La exagerada sensibilidad para detectar sensaciones internas, como se ha comentado anteriormente, hacen que no toleren sentirse o pensar que tienen el aparato digestivo lleno. El uso y abuso de laxantes cumple dos objetivos, por un lado, combatir el estreñimiento, aunque en realidad su uso lo potencia y, por otro, vaciar lo antes posible el aparato digestivo para pesar cada vez menos y sentirse más ligeras. La sensación de llenado les resulta insoportable, por lo que necesitan que sea cual sea la cantidad ingerida, salga lo antes posible de su cuerpo.

Una conducta peligrosa también es la utilización de diuréticos. Bien sea por las alteraciones de la dieta o por los problemas circulatorios que algunas padecen, pueden presentar edemas que combaten con diuréticos (Saldaña, 2001). La mala utilización de estos fármacos provoca graves trastornos electrolíticos que agravan el cuadro clínico, creándose así un círculo vicioso, ya que la paciente se siente hinchada, provocando la sensación de “estar más gorda” y aumentando progresivamente la dosis.

Otra conducta habitual es la hiperactividad. La mayoría dejan de utilizar los medios de transporte, caminan mucho a lo largo del día, no utilizan el ascensor, y pasan la mayor parte del día de pie, y así ven la tele, leen y escuchan música. Acuden con frecuencia al gimnasio, clases de danza, aeróbic, utilizan la sauna incluso varias veces al día, y multiplican sus tareas fuera de casa. Esto produce graves consecuencias, por un lado la mayor pérdida de peso, y por otro la dificultad para realizar adecuadamente tantas obligaciones, por lo que comienzan a fracasar en tareas en las que antes tenían éxito, comienza el fracaso fundamentalmente en los estudios.

Al principio practican estas actividades de modo manifiesto, pero cuando la familia comienza a alarmarse, las realizan de modo oculto. Llegan a restringirse las horas de sueño para permanecer activas más tiempo, y para no dormir utilizan todo tipo de artimañas: no acostarse, pasar frío abriendo las ventanas, dormir sin ropa e incluso mojarse o adquirir posiciones incómodas. Indudablemente esta mayor actividad física

tiene por objeto conseguir un mayor consumo calórico. Además una dieta restrictiva genera una mayor actividad motora, por lo que cabe pensar que en la anorexia la hiperactividad está causada tanto por el deseo de la paciente de consumir calorías, como por la propia dieta.

Las alteraciones emocionales y características personales de las personas que padecen este trastorno son:

Por un lado la alteración de la imagen corporal. Por otro lado la negación y control del hambre. No tienen una pérdida objetiva del apetito, aunque se lo nieguen a sí mismas y a los demás. También muestran miedo a la madurez, irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo. La posibilidad de perder el control y comer acarrea una sensación de vulnerabilidad perpetua que le producirá cambios muy rápidos en el estado del ánimo, apareciendo explosiones de irritabilidad. A su vez, muestran desequilibrio en el estilo de vida. La persona no solo desea ser la más delgada, sino también ser la mejor en el ámbito académico o profesional. El miedo a cometer errores hace que haya una falta de desarrollo en el pensamiento divergente, creador y arriesgado. Tienden al perfeccionismo, siendo exigentes hasta el extremo. Se puede apreciar en estas personas una autoestima baja y cambios de humor súbitos.

Hay que señalar, como características personales de las personas que sufren el trastorno de anorexia, el ser perfeccionistas e inteligentes, responsables, hipersensibles a críticas de los demás, la ambición de hacer más y los sentimientos de autocontrol como pesarse, bajar de peso cuando quieren etc.

Respecto de las alteraciones físicas, se pueden destacar la que subraya la Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (2009) y Toro (2004):

Por un lado, la pérdida de peso que lleva a la desnutrición. El grado de desnutrición se mide a través de dos parámetros: mantenimiento de peso por debajo del 85% del peso esperado para la edad y talla, y un índice de masa corporal inferior a 17,5. Por otro lado, alteraciones en el ciclo menstrual y presencia de amenorrea. En los chicos se da un descenso de los niveles de testosterona. Asimismo presentan una anemia moderada, bradicardias, estreñimiento, hipotensión, hipotermia, sequedad de la piel, insomnio, caries dentales...

Por último mencionar los aspectos psicopatológicos o de comorbilidad. Las personas que sufren de AN, debido a la gran pérdida de peso y a los sentimientos de culpa y vergüenza que siguen a los atracones y a las purgas, presentan un estado de ánimo alterado que oscila entre la depresión y la irritación, cambios de humor frecuentes, restricción de la expresividad emocional, sentimientos de incompetencia como la autopercepción de ineficacia y de no responder adecuadamente a las demandas del entorno, baja autoestima, reducción de intereses y llanto frecuente. También están muy presentes los estados de ansiedad. Son debidos a la percepción de la propia imagen corporal, el miedo a engordar y al descontrol (Grijalvo et al., 2004; Klein y Walsh, 2003).

1.2. BULIMIA NERVIOSA

1.2.1. Definición

La bulimia es un trastorno de conducta alimentaria cuya valoración y comprensión no está del todo clarificada. Se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de comida, en un breve espacio de tiempo, presentando conjuntamente conductas purgativas que tratan de eliminar los alimentos consumidos. Parece que la alimentación responde a una multiplicidad de necesidades biológicas, emocionales, sociales y psicológicas. No hay un perfil unívoco de persona bulímica y las especificidades deben ser estudiadas con precisión.

1.2.2. Criterios diagnósticos

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002, y DSM-V, 2013) se indican los cinco criterios para el diagnóstico de este trastorno.

Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM IV y DSM V

	Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según el DSM-IV-TR.	Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según el DSM-V
Criterio A	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza: 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las	Se mantiene igual.

	mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.	
Criterio B	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con fin de no ganar peso, como son provocación de vómitos. Uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio físico.	Se mantiene igual.
Criterio C	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez por semana durante un periodo de tres meses.
Criterio D	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.	Se mantiene igual.
Criterio E	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.	

Comentarios al DSM-V

La propuesta diagnóstica para el DSM-V, reduce la frecuencia necesaria de atracones y purgas como criterio diagnóstico. La DSM IV exigía “dos a la semana en los últimos tres meses”, pero las características clínicas de quienes tienen menor frecuencia (por ejemplo “un episodio semanal” son similares. Por ello se reduce dicha frecuencia a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”.

Esta diferencia tendría como efecto que una importante proporción de casos de los que hoy estarían definidos como TCA “no especificados” sean diagnosticados en el futuro como “Bulimia Nervosa”.

La justificación para este cambio radica en que los estudios científicos han encontrado muy poca diferencia en la presentación clínica y comorbilidad de los pacientes que presentan BN y los trastornos de conducta alimentaria no especificados con síntomas bulímicos.

Tal como en caso de AN, se distinguen dos subtipos de pacientes con BN. Aquéllas que recurren a conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes y/o diuréticos u otras medicinas) y aquéllas que no recurren regularmente a purgas después de sus atracones, sino que utilizan conductas compensatorias tales como ejercicio o ayuno (subtipo no purgativo).

Se han eliminado los subtipos. Era tan “extraño” el subtipo “no purgativo” y tan complejo de definir qué son conductas compensatorias “no purgativas” que dicho subtipo ha quedado descartado.

Cuadro 4. Tipos de bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR

Tipo purgativo	Tipo no purgativo
Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Atendiendo a los criterios anteriormente citados, la bulimia se define por un lado, por la presencia de atracones recurrentes, y por otro por las conductas compensatorias inapropiadas, como pueden ser, el uso de laxantes, diuréticos, la provocación del vómito, ayuno, etc. Un tercer criterio es que tanto los atracones como las conductas compensatorias, deben tener lugar, al menos, dos veces por semana durante un periodo mínimo de tres meses. Son pacientes en las que la autoevaluación está exageradamente influenciada por el peso y la silueta corporal. El DSM-IV-TR diferencia dos tipos de bulimia nerviosa: la bulimia tipo purgativa y la no purgativa.

1.2.3. Características de la persona bulímica

Tanto la investigación como la clínica permiten describir a las personas bulímicas según características cognitivas, conductuales, emocionales y psicopatológicas. La revisión de la literatura sobre el tema (Bruckroyd y Rother, 2008; Calvo, 2002; Cervera, 2005; Fernández-Santaella, 2009; Gil, 2007; López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Moreno, Rodríguez-Ruiz y Fernández Santaella, 2013; Stice, Presnell y Spanger, 2002; Striegel-Moore y Smolak, 2001) permite sintetizar las características de las bulímicas tal y como se recoge a continuación.

Dentro de las alteraciones cognitivas, al igual que las personas anoréxicas, la paciente bulímica presenta pensamientos erróneos en relación a la comida, peso y figura y el rechazo a ser obesas es una actitud común en ambos trastornos. Algunas pacientes

proceden de la anorexia, al cronificarse el trastorno y evolucionar hacia la bulimia, pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, apareciendo atracones y conductas de purga. Los atracones al principio pueden contar con el beneplácito de la familia que, por fin, las ven comer. Más tarde se confirma que los nuevos síntomas son tanto o más alarmantes que la anorexia nerviosa.

En relación a los atracones, en ocasiones no son tales, sino una sensación subjetiva de falta de control que les lleva en consecuencia a medidas purgativas injustificadas.

En las anoréxicas podíamos decir que son consecuentes las conductas con las cogniciones: “No quiero estar gorda, no como”, mientras que en las bulímicas no ocurre esto, favoreciendo la aparición de sentimientos de fracaso y de impotencia que marcarán de forma indeleble el carácter y la personalidad de estas enfermas. También las bulímicas desean estar más delgadas, y también distorsionan la percepción de su cuerpo, aunque en muchas ocasiones, cuando manifiestan estar por encima de su peso, tienen razón (Moreno et al., 2009). Sin embargo, al contrario que las anoréxicas, las bulímicas parece que tienen mayor conciencia de enfermedad, y aunque intentan mantener los síntomas ocultos por vergüenza y se niegan a ser tratadas, en el fondo piensan que sus conductas no son normales. Vomitar está socialmente mucho peor visto que no comer, y tiene unas connotaciones de falta de control y dejadez sobre sí mismas, que son inaceptables para el entorno. Esto la bulímica lo sabe, entre otras razones porque ella misma lo siente también así. Además, cuando vomitan, a menudo lo perciben como un descontrol total.

También las bulímicas tienen conocimientos dietéticos, pero mientras las anoréxicas son conscientes de sus errores en este sentido, las bulímicas no lo son, se atracan con aquellos alimentos que más temen y rechazan.

Podemos concluir por tanto, que las alteraciones cognitivas de la paciente bulímica son similares a las de la anoréxica. Las diferencias estarían marcadas por la clínica, ya que al evolucionar el cuadro psicopatológico, las alteraciones conductuales y los problemas de personalidad distorsionan y enmascaran las cogniciones originales (Maganto, Roiz y del Río, 2000).

En cuanto a las alteraciones conductuales, relacionadas con las cogniciones (Mountford, Haase y Waller, 2006), las personas con bulimia presentan un patrón de conducta desordenada e imprevisible, al principio con la alimentación, pero más adelante también con otros aspectos de su vida. Todo lo contrario al patrón de la anoréxica que es ordenado y previsible.

Cuando presentan sobrepeso a causa de las ingesta excesiva que las conductas de purga no pueden reducir, el temor a llegar a ser obesas y la percepción de su cuerpo, no son suficientes para reducir los atracones. La solución creen encontrarla en los periodos intermitentes de dieta restrictiva, normalmente se plantean no una dieta normal, sino, compaginar atracones y conductas purgativas, lo que hace que se agudice más el trastorno, sobre todo si no consiguen perder peso (Szydlo y Woolston, 2006).

Con respecto a la conducta del atracón hay que analizar tres aspectos: la cantidad, la frecuencia y el tipo de comida que ingieren. Son notables las diferencias entre el número de calorías consumidas de unas pacientes a otras, oscilando de 1.200 calorías hasta un máximo de 50.000. Igual ocurre con la frecuencia de los atracones que pueden llegar a 16 por semana. El tipo de comida ingerida suelen ser aquellos alimentos que habitualmente rechazan por considerarlos hipercalóricos, como hidratos de carbono y grasas. El impulso irrefrenable las obliga, en ocasiones, a comer alimentos no condimentados, preparados sin aceite, y tan solo cocinados en el microondas o semicongelados. La forma de comer y la frecuencia de las comidas también es anormal, comen rápido, voraz y compulsivamente, la engullen sin saborearla, y en ese momento ya están pensando en cómo eliminar el contenido gástrico. Entre atracón y atracón mantienen una dieta restrictiva o incluso de ayuno. Esta alternancia potencia más el trastorno, ya que el ayuno predispone y facilita la aparición de ingesta incontrolada.

Tras las comilonas, las bulímicas son conscientes de que aquella comida les hará ganar peso, y esta posibilidad que les resulta inaceptable, les provoca ansiedad y temor que solventan con diversas conductas de eliminación de lo ingerido, a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo. La conducta más frecuente es el vómito, y la menos frecuente el uso de diuréticos. Los vómitos se suelen asociar a laxantes y ejercicio excesivo, sin embargo, para la mayoría de las bulímicas, lo más

efectivo es el vómito, ya que debido a su carácter inconstante, enseguida se cansan del ejercicio y lo abandonan. Los laxantes los utilizan de forma anárquica y en grandes dosis. En principio, la razón inicial, al igual que las anoréxicas, está en el estreñimiento, pero después se busca a través de las deposiciones el vaciado intestinal, la necesidad imperiosa de eliminar la sensación de llenado que origina la comida. La mayoría de pacientes, sin necesidad de abusar de laxantes, presentan conductas favorecedoras de la laxación, ya que ingieren alimentos con fibra, o todo aquello que la publicidad indica que tiene contenido en fibra, bien sean alimentos o pastillas de fibra, posteriormente acuden a los laxantes naturales, para acabar con productos farmacéuticos.

Entre las alteraciones y características de personalidad de las personas que padecen bulimia nerviosa, cabe destacar la carencia afectiva y unos aprendizajes de asociaciones inadecuados (Herzog y Delinsky, 2006). También mienten continuamente. Muestran una intolerancia a la frustración y al sometimiento. Tienden a buscar placer inmediato e intentan tapar o cubrir traumas infantiles actualizados. Sienten una insatisfacción muy profunda con ellas mismas y con todo, en especial con su cuerpo. También tienden a ser muy dependientes y vulnerables a la opinión de los demás a pesar de que aparenten una excesiva independencia. Habitualmente su impulsividad es alta, y eso mismo les lleva a no aguantar las ganas de comer (Toro, 2004, 2010).

En cuanto a los aspectos psicopatológicos o de comorbilidad, las personas que padecen bulimia nerviosa, presentan trastornos de ansiedad, depresión, irritabilidad, ideaciones suicidas, falta de control de los impulsos y conductas obsesivas. No en todas las personas bulímicas existe un trastorno clínico asociado, pero sí conductas psicopatológicas que precisan realizar un diagnóstico de comorbilidad.

1.3. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO

1.3.1. Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados incluyen aquellos cuadros clínicos similares a la anorexia y a la bulimia, en los que falta algún criterio para poder considerar el síndrome completo (Calvo, 2002).

Estos trastornos son los llamados síndromes parciales, subclínicos, subumbrales o atípicos de los trastornos alimentarios, que incluyen formas de nutrición y alteraciones en la imagen corporal que no se ajustan claramente a las categorías más conocidas, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

A grandes rasgos, los trastornos alimentarios no especificados podemos dividirlos en dos categorías: los síndromes parciales y los atípicos (Perpiña, 2008). Con síndrome parcial se hace referencia a los cuadros de anorexia y bulimia nerviosa que no cumplen todos los criterios esenciales para su diagnóstico. Atípicos se refiere a aquellos trastornos que presentan un cuadro cualitativamente distinto.

1.3.2. Criterios diagnósticos

Cuadro 5. Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:	
1	En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2	Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra en los límites de la normalidad.
3	Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4	Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (Provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5	Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6	Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. También llamado trastorno por atracón.

Las características de estas pacientes oscilan entre las específicas de la anorexia y la bulimia, pero revisten menor gravedad y la patología suele evolucionar a mayor éxito en el tratamiento. Estos trastornos dificultan la capacidad de vivir una vida óptima, interfiriendo con aspectos integrales de salud, trabajo, rendimiento académico o laboral o relaciones interpersonales. Las conductas pueden consistir en métodos de regulación ponderal, tales como ejercicios drásticos, dieta crónica, abuso de anorexígenos, laxantes,

enemas o diuréticos, masticación y emisión del alimento sin ingerirlo y comilonas con menos frecuencia que en el trastorno por atracones. La paciente no cumple todos los criterios diagnósticos y existe una severidad clínica que coexiste con patrones alimentarios claramente erróneos y actitudes anómalas hacia su peso.

En el DSM-V, los trastornos de conducta alimentaria no especificados incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido solo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón). Uno de los cambios más importantes del DSM-V es que se ha recomendado la inclusión del los Trastornos por atracón como una categoría separada, considerando una extensa revisión de la literatura que destaca su validez y significación clínica.

1.4. TRASTORNO POR ATRACÓN

Este trastorno se define por los siguientes criterios:

- Sobreingesta* frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes:
 - ✓ Ingesta más rápida de lo normal.
 - ✓ Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno.
 - ✓ Ingesta de gran cantidad de alimento sin sentirse físicamente hambriento
 - ✓ Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida.
- Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta.

* Ingesta de gran cantidad de alimento, mayor de la que la mayoría de la gente llevaría a cabo en ese tiempo (por ejemplo menos de dos horas) y circunstancias. Dicha ingesta no va seguida de conductas compensatorias y no se trata de un episodio en el contexto de otros TCA.

1.5. TASTORNO EVITATIVO-RESTRICTIVO DE LA INGESTA ALIMENTARIA

Aparece como “nuevo” trastorno. Se trata de un trastorno en el que las comidas o la ingesta son evitadas hasta el punto de que los requerimientos nutricionales no se cubren con la consiguiente pérdida, importante, de peso. Se observa sobre todo en niños y se considera diferente de AN y BN. En el DSM V se define:

Alteraciones en la alimentación o la ingesta (que pueden incluir, pero no se limitan a ello, la disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer), manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas energética y nutricional ideales y las necesidades, que están relacionadas con uno o varios de los siguientes:

- a) Considerable pérdida de peso (que puede también estar asociada con falta de aumento de peso, o un irregular crecimiento y peso en el caso de los niños).
- b) Presencia de diferentes deficiencias nutricionales en el paciente.
- c) Interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado.

Los siguientes factores también tienen que ser tomadas en consideración:

- No hay datos que apoyen la falta o escasez de alimentos disponibles, o cualquier otra creencia o práctica cultural que pueda explicarlo. En todo caso, estas creencias/prácticas no son responsables del desarrollo de la enfermedad.
- Las alteraciones en los patrones de alimentación no sólo se producen durante los episodios de trastornos como la AN o BN. Asimismo, no hay pruebas de otros trastornos por los que se vería afectada la forma del cuerpo o el peso.

- Las alteraciones en los patrones de alimentación no se asocian con otros trastornos mentales o médicos.

1.6. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA ALIMENTACIÓN

Otros trastornos como Pica y Rumiación, incluidos antes como “trastornos de la infancia y adolescencia”, se proponen ahora en el capítulo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Alimentación.

- ✓ **Anorexia nerviosa atípica:** aún con significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad.
- ✓ **Bulimia nerviosa sub-umbral** (de baja frecuencia o limitada duración): episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.
- ✓ **Trastorno por atracón sub-umbral:** episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.
- ✓ **Trastorno purgativo:** conductas purgativas recurrentes para influir en peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones. El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso o hay un intenso temor a ganar peso o llegar a estar obeso.
- ✓ **Síndrome de ingesta nocturna** (Night Eating Syndrome): episodios recurrentes de ingesta nocturna, en forma de ingesta tras despertarse de noche, o excesivo consumo de alimentos tras la cena. Hay conciencia y recuerdo de la ingesta. Se trata de un trastorno no explicado mejor por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales. Suele asociarse a malestar y afectación en el funcionamiento del paciente.

2. IMAGEN CORPORAL

Se expone en la primera parte cómo se conceptualiza hoy el constructo de imagen corporal (IC) y la dimensión evolutiva del mismo. En la segunda parte se explican el sobrepeso y la obesidad en relación a la IC y a los Trastornos de conducta alimentaria (TCA). En la tercera parte se explicita la evaluación de la IC, integrando el proceso de evaluación y las técnicas más usuales. Finaliza el capítulo con orientaciones concretas sobre la intervención ante dichos trastornos.

2.1. EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL: FACTORES INTEGRANTES Y PRINCIPALES ALTERACIONES

El estudio científico de la IC es relativamente reciente. Hasta la década de los 60 las investigaciones en relación a este tema eran escasas y sus conclusiones se mezclaban con otros constructos psicológicos relacionados como la autoestima o el autoconcepto personal (Maganto y Cruz, 2008).

El concepto de IC no es simple y lineal. La investigación se ha desarrollado progresivamente, por lo que este constructo ha ido cambiando y enriqueciéndose considerablemente. Actualmente se define desde una perspectiva multidimensional proveniente de los estudios realizados desde diversas perspectivas científicas.

Posiblemente fue Schilder (1935) quien primero definió la IC como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta”, lo que implica que, más que una réplica exacta de nuestro forma o imagen física, es una valoración acerca de esa IC. Slade y Russell (1973) distinguieron dos aspectos de la IC: la precisión en la estimación del tamaño corporal y los sentimientos hacia distintas partes del cuerpo y hacia el cuerpo como globalidad. Años más tarde, Garner y Garfinkel (1981) hablan por primera vez de la distorsión de la IC a nivel cognitivo y distinguen dos aspectos en el trastorno de la IC: por un lado, un componente afectivo, que se refiere al desprecio de la forma corporal y, por otro lado, a

los aspectos perceptuales referentes a una percepción equivocada del tamaño corporal. Thompson (1990) describió los tres componentes que constituyen el constructo de IC: el perceptual, el cognitivo-afectivo y el componente conductual.

El componente perceptual hace relación a la precisión con que se percibe o estima el tamaño corporal, bien de partes aisladas del cuerpo o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la distorsión, bien por sobreestimación o por subestimación (Holder y Keates, 2006). Es decir, la distorsión es la tendencia de algunas personas a percibirse más gruesas o más delgadas de lo que en realidad están.

El componente afectivo refiere sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo como objeto de percepción. Este aspecto afectivo-emocional aporta la connotación de satisfacción con dicha representación mental. Contiene los factores emocionales ligados al cuerpo, aspectos de malestar y rechazo vinculados a él. La alteración se denomina insatisfacción (Annis, Cash y Hrabosky, 2004), y dicha insatisfacción puede provenir tanto de una distorsión previa de la percepción del propio cuerpo, como de la percepción objetiva de la apariencia física. En cualquier caso, refiere el rechazo total o parcial del cuerpo y consecuentemente el deseo de cambiar el mismo.

El componente conductual elicit conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados evocan. Es la respuesta comportamental ante las actitudes y la percepción del cuerpo. Estas pueden ser conductas de exhibición y/o conductas de evitación. Generalmente la evitación es la respuesta más común ante situaciones de ansiedad corporal, es decir, ante aquellas situaciones en las que la persona considera que al exponer el cuerpo a las miradas de los demás, éstos van a emitir juicios de desvalorización y actitudes de rechazo hacia su apariencia física. Esta evitación comportamental toma diversas formas de expresión en función de la edad, sexo y contexto.

De acuerdo con la revisión anteriormente citada, para Maganto y Cruz (2008) la IC es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, compendia percepciones, pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos referidos principalmente a la apariencia física y cuyas

alteraciones pueden dar lugar a problemas emocionales, especialmente en la etapa inicial de la adolescencia (Maganto y Cruz, 2002; Markham, Thompson y Bowling, 2005).

En el siguiente cuadro se exponen los factores implicados en la IC, su definición y las principales alteraciones vinculadas a los trastornos de conducta alimentaria.

Cuadro 6. Imagen corporal: Factores implicados, definición y alteración

IMAGEN CORPORAL		
Factores implicados	Definición	Alteración
Perceptivo	Precisión con que se percibe el tamaño del cuerpo.	Distorsión perceptiva: La discrepancia o distancia entre el tamaño y forma objetiva del cuerpo y la percepción subjetiva del mismo.
Actitudinal y/o afectivo	Afecto o emociones que despierta el propio cuerpo.	Insatisfacción corporal: Discrepancia entre la valoración de la IC que hace la propia persona y determinados cánones estéticos socialmente reconocidos (ideales sociales de belleza).
Conductual	Comportamientos que elicit el propio cuerpo.	Evitación: Conductas de vergüenza y rechazo hacia el propio cuerpo, y las consecuentes conductas de evitación y ocultamiento.

De los tres componentes anteriormente citados, cobra especial importancia el estudio de la insatisfacción y/o distorsión corporal (Markey y Markey, 2009) ya que algunas investigaciones han confirmado que las alteraciones de la IC tienen una participación causal en el trastorno alimenticio, en lugar de ser secundarias a él, mostrando que la relación entre disfunción alimentaria y alteración de la IC (insatisfacción corporal) es unidireccional, y que son las alteraciones de la IC las que contribuyen a que se desencadene un trastorno alimentario y no a la inversa.

2.2. ASPECTO EVOLUTIVO DE LA IMAGEN CORPORAL

La IC se forma a través de interacciones sociales y del feedback que recibe el individuo acerca de su propio cuerpo durante la socialización. La edad es una variable importante en la concepción de la IC de una persona a lo largo de toda su vida. Los niños formulan juicios negativos sobre su propio cuerpo a muy temprana edad, pero se

desconoce cuándo se forma la imagen positiva/negativa del propio cuerpo, y cuándo la autoestima sobre la IC adquiere connotaciones relevantes.

Algunas investigaciones muestran que ya a la edad de 6 años los niños expresan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. A esta edad, y probablemente antes, los niños son conscientes del estigma social que representa la obesidad. Incluso entre niños pequeños, la IC negativa puede estar relacionada con el uso de técnicas de pérdida de peso e indicadores de patología alimentaria. Por ejemplo, la insatisfacción corporal estaba relacionada con los intentos de pérdida de peso en niñas de 9 y 10 años. Aunque niños de 8 y 9 años con sobrepeso están descontentos con sus cuerpos, esto no necesariamente conlleva que su autoestima general disminuya (Mendelson y White, 1985). Esta asociación se observa en la adolescencia. La asociación entre el índice de masa corporal y la autoestima probablemente está mediatizada por una tercera variable: las actitudes sociales hacia la gente obesa.

En la pubertad, una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo afectan a ambos sexos (Markey, 2010). Se ha demostrado que la ganancia de peso, que incide en la apariencia física y la valoración negativa por parte de los iguales es uno de los factores que más tempranamente desarrolla alteraciones importantes de insatisfacción corporal con consecuencias para el desarrollo emocional de chicos y chicas (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2003).

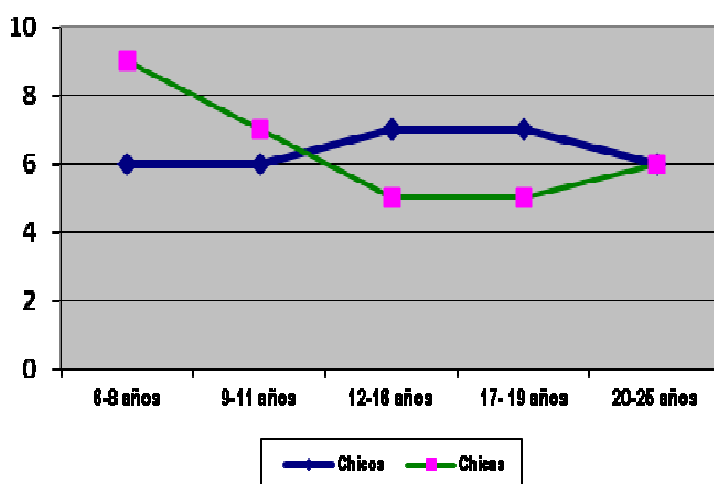
En la adolescencia, al ser una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la propia imagen es crucial, este constructo cobra una importancia singular. Está considerada como período de tensión y estrés en la que los adolescentes tienen que enfrentar los múltiples cambios que les acaecen, dando una respuesta social y cultural a los mismos. De hecho, una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo afectan a los adolescentes de ambos sexos (Cruz y Maganto, 2002a; Grabe, Ward y Hyde, 2008; Olesti et al., 2007). Los estudios en esta población indican que es en ese periodo cuando hay una mayor orientación hacia la apariencia física y cuando se forma la imagen negativa del propio cuerpo, debido a que se desarrolla el sentido de la identidad y del rol sexual. La

satisfacción corporal parece estar vinculada a la deseabilidad social, lo que incluye aspectos relacionados con las diferencias de género (Bell, Lawton y Dittmar, 2007).

En un estudio realizado por Maganto y Kortabarria (2011) en el que se analiza la satisfacción corporal a lo largo de la infancia y adolescencia, se encontró que entre los 6 y 8 años las niñas tienen una autoestima corporal superior a los niños. Entre los 9 y 12 apenas se aprecian diferencias en función del sexo, pero a partir de la adolescencia los datos se invierten a favor de los varones. Estos datos son concordantes con investigaciones previas (Cruz y Maganto, 2002b; Frederick, Peplau y Lever, 2006) en los que todos hallaron mayores niveles de satisfacción en hombres que en mujeres. Los estudios que valoran la autoestima corporal a lo largo de la vida van en la misma línea (Sánchez, 2009).

Según la mayoría de los estudios, el rango de edad más crítico para la IC se considera al periodo entre los 11 y 19 años, que incluye preadolescencia, adolescencia y juventud temprana (Frederick et al., 2006). En este rango de edad existe una prevalencia mayor de los trastornos más severos de la IC y de la alimentación (Cruz y Maganto, 2003; Maganto y Cruz, 2000), si bien es verdad que los trastornos del comportamiento alimenticio han ido incrementándose en los últimos años, y ampliándose el rango de edad de inicio de los mismos a edades más tempranas (Maganto y Cruz, 2008).

Grafico 1. Proceso evolutivo de la imagen corporal de 6 a25 años



2.3. LA PRESIÓN SOCIAL DE LOS CÁNONES ESTÉTICOS SOCIOCULTURALES

Nadie ignora hoy que los problemas de IC e incluso los problemas de alimentación se enmarcan en un contexto sociocultural determinado. Varios son los factores de riesgo asociados a los problemas de IC: influencia de la familia, del grupo de pares, factores de índole personal, variables contextuales, nivel socioeconómico, hábitos de vida como el ejercicio físico y el patrón alimentario... pero sin duda que uno de los que subyacen éstos es la presión del modelo estético corporal que preconiza la sociedad actual (Day, Ternouth y Collier 2009).

La existencia de un ideal de belleza establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población. En mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido. Aunque sabemos que los medios de comunicación influyen de forma innegable, es casi imposible tomar conciencia del poder que ejercen sobre cada uno de nosotros. Varios estudios han confirmado la importancia de dichas influencias, así como el papel que juegan los medios de comunicación en la divulgación de los modelos estéticos (Storvoll, Strandbu y Wichstrom, 2005; Wiseman, Sunday y Becker, 2005). Los estudios muestran cómo la televisión, Internet, las revistas, el cine, la propaganda sobre cosméticos, productos de belleza, etc., ofrecen influyentes mensajes acerca de lo aceptable o inaceptable de ciertos atributos físicos (Bell, Lawton y Dittmar, 2007). Incluso se ha demostrado la influencia de la exposición a imágenes corporales de normalidad o de extrema delgadez en el cambio de un ideal de belleza más delgado como patrón de normalidad (Coelho, Carter, McFarlane y Polivy, 2008; Geschwind, Roefs, Jansen, Lattimore y Fett, 2008; Glauert, Rhodes, Byrne, Fynk y Grammer, 2009; Vocks, Legenbauer y Heil, 2007).

Las presiones sociales imponen tiránicamente determinados modelos estéticos en particular a las mujeres. Esto se podría deber a que las mujeres en todos los países del mundo están inmersas en una cultura dominante masculina en la que se trata de forma diferente los cuerpos de los hombres y de las mujeres. Lo que tiene como consecuencia que sea mucho más probable que el cuerpo de las mujeres se mire, evalúe y sea

potencialmente más objetivado que el de los hombres, Se ha constatado, por ejemplo, que existe una correlación positiva entre el peso real y el sobrepeso percibido con el tiempo dedicado a mirar los anuncios de televisión en mujeres adolescentes, pero no en hombres (Maganto y Cruz, 2003).

La presión social, en general, propicia el modelo estético de delgadez en la mujer y de muscularidad en el hombre (Williams, Germov y Young, 2007). Incluso varios estudios certifican que los medios de comunicación transmiten, en relación a la mujer, un canon estético más delgado que en otras épocas (Frederick, Peplau y Lever, 2006).

El modelo estético corporal masculino no se ha modificado demasiado a lo largo de la historia, aunque en las últimas décadas se está incrementando más la presión social sobre patrones más rígidos y definidos de belleza. Desde Grecia y Roma, los cuerpos desnudos o semidesnudos realzan los pectorales, cuerpo atlético, espaldas anchas, cintura estrecha y estómago reducido. El estereotipo clásico facilita que experimenten una mayor presión social hacia un ejercicio físico que propicie una imagen de fuerza y potencia. Especialmente la industria cinematográfica ha potenciado un ideal masculino caracterizado por la “muscularidad” considerándose como sinónimo de “masculinidad”. A partir de los años 90 los ideales masculinos exageran la angulación de la cara, el incremento del ejercicio como forma de realzar la musculatura y el uso de cosméticos y anabolizantes para ajustarse a estos patrones estéticos masculinos (Baird y Grieve, 2006; Jones y Crawford, 2005).

Por ello, la preocupación por la propia imagen es una constante también en los varones. En menos medida que en mujeres se han estudiado los problemas concernientes a la apariencia física, y los resultados indican que, en el caso de los varones, tendríamos que hablar de insatisfacción muscular y obsesión por la musculación (Blashill, 2009, 2010; Gray y Ginsberg, 2007). Estos estudios han hallado relaciones significativas positivas entre altos niveles de insatisfacción muscular, distorsión muscular, obsesión por la musculación y alteraciones alimentarias (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005), relaciones negativas con autoestima (Bergeron y Tylka, 2007), así como ansiedad corporal y alteraciones psicológicas. Otra fuente de investigación relativamente reciente en varones es la insatisfacción corporal con la altura, variable con menor grado de

correlación y predicción con los problemas de IC. Los estudios sobre este aspecto de la IC indican que la insatisfacción con la altura está más relacionada con preocupación corporal social, con autoestima y desvalorización física, pero en menor medida con alteraciones alimentarias (Bergeron y Tylka, 2007; Tiggemann, Martins y Churchett, 2008).

En esta presión social también los padres y los iguales están incluidos como parte de la transmisión de valores socioculturales. La influencia es explícita en la mayoría de los casos, criticando su peso, alentando a bajar peso o incluso propiciando la asistencia a centros dietéticos especializados (Haines et al., 2008). En otras ocasiones, estos investigadores mostraron que la propia insatisfacción corporal de los padres y los reiterados intentos de bajar peso con restrictivas dietas y otras prácticas de moldeado físico, incidían en la posterior desaprobación corporal de los hijos.

También los compañeros tienen un rol decisivo en la preocupación por el aspecto físico. El modo en el que desean modular su cuerpo y los comentarios que provocan la imagen propia y de los demás origina problemas de insatisfacción corporal desde edades tempranas (Jones y Crawford, 2006). Algunos estudios han mostrado (Clark y Tiggeman, 2006) la frecuencia con la que los jóvenes hablan con sus iguales de su apariencia física, de los cambios que desean hacer a través de dietas o de la asistencia a gimnasios de moldeamiento y tonificación muscular, realizando comparaciones que propician la insatisfacción corporal.

Actualmente, otra línea de investigación reciente deriva de la vinculación demostrada entre las relaciones de amor romántico, el peso y la IC (Markey y Markey, 2009). Se ha comprobado que existe mayor insatisfacción corporal y preocupación por cambiar la imagen entre jóvenes con relaciones románticas que sin ellas. La relación de pareja se experimenta como un factor de presión social por acomodarse a los estándares de belleza tanto en hombres como en mujeres (Goins y Markey, 2009; Markey y Markey, 2006).

3. OBESIDAD

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Seidell, 1999). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso en adultos como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 (Seidell y Flegal, 1997). De igual forma se considera obesidad cuando el 30-35% del conjunto corporal es tejido adiposo

Existen diferentes métodos y valores para cuantificar este exceso de peso, pero uno de los más utilizados es el índice de masa corporal (IMC), el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2).

La obesidad no está clasificada en el DSM como trastorno psiquiátrico, ya que es una condición médica multideterminada etiológicamente. Sin embargo, diversos factores psicológicos pueden afectar al estado físico dando como resultado un sobrepeso. Por eso, la CIE-10 cuenta en el mismo apartado de la Anorexia nerviosa (AN) y la Bulimia nerviosa (BN) con una categoría denominada "Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas", bajo la que se encuadran los casos de ingesta excesiva que se producen como reacción a sucesos estresantes y que pueden dar lugar a obesidad (reactiva).

3.1. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1.600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. La Comisión Europea en su informe *Healthier Together in the European Union* (2007) estima que sólo en la Unión Europea hay más de 200 millones de adultos con sobrepeso u obesidad (más o menos la mitad de la población adulta) y, en lo que se refiere a los niños, una cuarta parte de ellos lo sufren. Además, los datos indican que estas cifras van en aumento.

Teniendo en cuenta que la obesidad supone un incremento en la mortalidad y morbilidad por su asociación con enfermedades que afectan a la mayoría de los sistemas

del organismo, no cabe duda de que estamos ante un problema con un impacto importante sobre la salud pública (Gutiérrez-Fisac, Regidor, Banegas y Rodríguez, 2005). De hecho, la prevalencia de la obesidad es tan alta que podríamos considerarla estadísticamente “normal” si no fuera por sus graves implicaciones.

Es importante tener en cuenta que la prevalencia varía en función de distintos factores tales como el sexo, la edad, el estatus socioeconómico y la raza (Schwartz y Brownell, 2004). Concretamente en España, la prevalencia de obesidad es del 23% (24% en hombres, 21% en mujeres). La frecuencia de obesidad es mayor en los grupos de mayor edad y en los de menor nivel educativo y estatus socioeconómico (Ujcic-Voortman, Bos, Baan, Verhoeff y Seidell, 2011; Doak, Wijnhoven, Schokker, Visscher, y Seidell, 2012). Por ejemplo, el 29% de las mujeres con estudios primarios son obesas, mientras que solo el 11% de las mujeres universitarias lo son (Gutiérrez-Fisac et al., 2012).

3.2. ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad es una condición multicausal en la que el peso corporal está determinado por la interacción de factores genéticos, ambientales (hábitos dietéticos y actividad física) y psicosociales que actúan a través de diferentes mecanismos fisiológicos del apetito y del metabolismo energético (Martínez, Moreno, Marques-Lopes y Marti, 2002). La predisposición genética a la obesidad está relacionada con la ingesta, el gasto y la predisposición a la acumulación de tejido graso (Martínez et al., 2002). Sin embargo, es complicado conocer la fuerza que ejerce la genética sobre la obesidad y aislarlo del efecto que tienen los hábitos alimentarios aprendidos en el seno de la familia.

Patrones de alimentación desordenados y poco saludables, como la presencia de comilonas o comer fuera de horas, desarrollan problemas de sobrepeso y obesidad con más frecuencia (Allison y Stunkard, 2005). Algunas obesidades demuestran una etiología claramente psicógena. En dichos casos, los obesos comen por reacciones emocionales. Bruch (1973) defendió dos tipos de obesidad psicógena: la de desarrollo y la reactiva. La primera es producida por los problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales, la segunda sin embargo, se produce como reacción a sucesos estresantes

o traumáticos y su función es básicamente reducir la ansiedad. Las obesidades en las que el factor psicógeno representa un elemento etiológico destacado suelen ser del tipo obesidad leve. La alteración psicopatológica en estos casos es un cuadro de ansiedad libre flotante, que ha determinado biográficamente una conducta de ingesta con fines ansiolíticos. Esta disminución post-ingesta de la ansiedad, actuará a lo largo de la vida del sujeto como refuerzo positivo para el acto de comer.

3.3. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

Consecuencias físicas: Las personas con sobrepeso del 30% o más, tienen un mayor riesgo de sufrir otras alteraciones como la hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias, trastornos del sueño. El informe *Healthier Together in the European Union* (2007) indica que la obesidad es la causa directa de toda una serie de problemas de salud o de síntomas que podríamos denominar propios de la obesidad, y además incrementa el riesgo de sufrir otras enfermedades, como dolores de espalda, hipertensión, hipercolesterolemia, incontinencia urinaria, varices, problemas hormonales, problemas respiratorios, sudoración excesiva, patologías del corazón, diabetes, cáncer, infertilidad o trastornos psicológicos. Es decir, que además de ser un problema personal, la obesidad se ha convertido en una epidemia global, y por lo tanto, también es una cuestión de salud pública (Arrue, 2010).

Consecuencias psicológicas: Un elevado porcentaje de obesos desarrollan a lo largo de su vida diversas alteraciones psicopatológicas reactivas. No es de extrañar que individuos sometidos al rechazo social, la discriminación y la presión de los estereotipos, vean afectada su autoestima, IC y estado de ánimo (Kim, Oh, Yoon, Choi y Choe, 2007). La magnitud de la reacción psicopatológica en pacientes con obesidad, normalmente depresiva y/o ansiosa, no suele ser proporcional a la gravedad de la obesidad. Algunos autores consideran que estas consecuencias de la obesidad podrían ser adaptativas para los pacientes motivándoles a querer adelgazar. Sin embargo, también es posible que estas consecuencias dificulten la regulación emocional, incrementando la cantidad de ingesta (Schwartz y Brownell, 2004).

Consecuencias sociales: El estigma de la obesidad tiene un gran impacto en la vida. Las personas con obesidad sufren discriminación, van a la escuela durante menos años, tienen menor probabilidad de ser aceptados en trabajos competitivos, tienen salarios más bajos y relaciones amorosas menos estables. Este estigma aumenta considerablemente durante la adolescencia, periodo de alto riesgo para el desarrollo del desequilibrio en la IC (de Sousa, 2008). Los trastornos de la conducta alimentaria se han solido asociar con problemas interpersonales, pero la investigación en torno a estos problemas en obesidad es escasa. Los resultados de un reciente trabajo que analizó estos problemas en pacientes obesos, revelaron que el exceso de peso no se asocia directamente con problemas interpersonales. Sin embargo, los resultados de este grupo, revelaron una importante asociación entre los problemas interpersonales de los pacientes, su autoestima y las comilonas. Este hallazgo sugiere que el cuidado de las relaciones interpersonales debe ser tenido en cuenta por los clínicos en el manejo de estos pacientes que a menudo acuden en busca de tratamiento (Lo Coco G., Gullo, Salerno y Iacoponelli, 2011)

4. IMAGEN CORPORAL, OBESIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

4.1. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL.

En los últimos años, la cantidad de estudios dirigidos a analizar los correlatos psicológicos de la obesidad han aumentado considerablemente. Estos estudios se centran en la heterogeneidad de la obesidad y tienen como fin examinar factores cognitivos, emocionales y sociales que puedan aumentar el malestar psicológico y los trastornos alimentarios en los individuos obesos.

A este respecto, el análisis del impacto de la IC ha cobrado gran relevancia. De hecho, algunos trabajos enfatizan que la IC tiene un papel más importante que el IMC en el desarrollo de complicaciones asociadas a la obesidad (de Sousa, 2008). Por otra parte, la investigación ha confirmado, como se ha visto anteriormene, que la satisfacción corporal está relacionada con el IMC. Las personas más obesas presentan más insatisfacción corporal que las menos obesas (Carta, Zappa, Garghentini y Caslini, 2008; Shin y Shin, 2008), y en otros estudios en los que se confirman estos resultados, se añade que esta relación es superior en las mujeres (Presnell, Pells, Stout y Musante 2008). La IC de los obesos se puede analizar en relación a su grado de insatisfacción o en relación a su distorsión con la realidad.

4.1.1. Obesidad e insatisfacción con la imagen corporal

Paralelamente al incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, parece lógico pensar que hayan incrementado los problemas relacionados con la insatisfacción de la IC, pero esta observación en una sociedad como la actual que premia la delgadez, no sorprende (Sarwer, Thompson y Cash, 2005). Sin embargo, en contra de lo que parece lógico, la relación entre el IMC y el grado de insatisfacción no es tan clara. Puede que esto se deba a un “efecto techo” respecto a la insatisfacción corporal en individuos

con sobrepeso y obesidad (Sarwer et al., 2005), de forma que a partir de un momento, la insatisfacción no aumentaría aunque el peso incrementase.

La insatisfacción con la IC es hoy más una regla que una excepción. Dos tercios de las mujeres y más de la mitad de los hombres están insatisfechos con su peso. Concretamente las zonas que suelen sufrir las consecuencias del exceso de peso (abdomen, cadera y muslos) son las que generan mayor insatisfacción en las mujeres (Sarwer et al., 2005; Maganto y Kortabarria, 2011).

A continuación, siguiendo a Schwartz y Brownell (2004) analizaremos algunos factores que afectan a la insatisfacción de la IC de pacientes obesos (Cuadro 7):

Cuadro 7. Factores que afectan a la insatisfacción de la IC en pacientes obesos
Schwartz y Brownell (2004)

Factores que afectan a la insatisfacción de la IC	Dirección de la relación
Peso actual.	↑ IMC→↑ Insatisfacción.
Trayectoria del peso (pérdida, mantenimiento o ganancia).	Pérdida de peso→↓ Insatisfacción.
Género.	Grado de insatisfacción: ♀>♂
Raza.	Grado de insatisfacción: Similar en caucásicas y africanas de América.
Orientación sexual.	Hombre homosexual: ↑ Insatisfacción. Mujer homosexual: ¿↓ Insatisfacción?
Ciclos de pérdida y ganancia de peso.	La percepción subjetiva de uno mismo como cicladador→↑ Insatisfacción.
El “fantasma del sobrepeso”.	El sobrepeso en el pasado→↑ Insatisfacción.
Edad de aparición del sobrepeso.	¿Obesidad infantil→↑ Insatisfacción?
Burlas recibidas en relación con el peso.	↑ burlas→↑ Insatisfacción.

De acuerdo con la tabla, la presencia de atracones, la historia de ciclos de pérdida/ganancia de peso y el haber sufrido el estigma de la obesidad conllevan una mayor insatisfacción con la IC (Annis et al., 2004).

También la obesidad de inicio infantil y la experiencia relacionada con burlas respecto al peso, disminuyen el grado de satisfacción de la IC (Jackson, Grilo y Masheb, 2000). Sin embargo, resulta difícil aislar el efecto del inicio infantil y la presencia de

burlas, por lo que no está claro en qué grado afecta cada una de estas variables a la satisfacción con la IC.

Es de esperar que la insatisfacción con la IC tenga un impacto clínico negativo en individuos con obesidad, influyendo su conducta, calidad de vida y bienestar psicológico (Dalle et al., 2007).

Algunos estudios revelan la existencia de relación entre la satisfacción con la IC, la presencia de síntomas depresivos y la autoestima. El análisis de un grupo de mujeres obesas que habían seguido un tratamiento de adelgazamiento, reveló que aquellas con mayor insatisfacción corporal, tenían más síntomas depresivos y una menor autoestima (relación que parecía ser independiente del grado de obesidad) (Sarwer, Wadden y Foster, 1998). En esta misma línea, otros estudios concluyen a partir de una muestra de más de 4.000 mujeres, que la relación entre obesidad y depresión está mediada por la insatisfacción con la IC (Gavin, Simon y Ludman, 2010). Sin embargo, otros trabajos que han analizado esta relación, han hallado que comparadas con sus compañeras no obesas, las adolescentes obesas muestran un mayor grado de insatisfacción corporal pero no más síntomas depresivos. Annis et al (2004) por su parte, no observaron diferencias en síntomas depresivos y de ansiedad entre mujeres obesas en el momento, mujeres que lo habían sido en el pasado o aquellas que nunca lo habían sido. No cabe duda de que estos hallazgos fomentan la necesidad de continuar realizando trabajos que esclarezcan la verdadera relación entre estas variables.

Para la mayoría de obesos y pacientes con sobrepeso, la pérdida de peso más que la mejora de la salud, es la mejor terapia para mejorar la IC. Esto es así incluso para los obesos extremos que requieren cirugía (Sarwer et al., 2005). Una pequeña minoría de mujeres obesas padece una insatisfacción con la IC extrema. Concretamente, un 8% de mujeres obesas refieren un grado de insatisfacción consistente con el diagnóstico de “Trastorno dismórfico corporal” (TDC) o “dismorfofobia” recogido en el DSM-IV (F45.2), de no ser porque su defecto físico no es ni imaginado ni leve¹.

¹ El TDC se define como una preocupación excesiva con un defecto físico que es imaginado o que causa una preocupación excesiva. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la vida del individuo que lo padece (DSM-IV).

Hay además constancia de que la insatisfacción corporal está asociada a baja autoestima, desórdenes alimentarios y abuso del ejercicio físico o realización de ejercicio físico extenuante con la finalidad de “construir” un cuerpo según el ideal de la presión social (Anderson y Bulik, 2004; Maganto y Cruz, 2008).

4.1.2. Obesidad y distorsión con la imagen corporal

La revisión de trabajos que han estudiado la relación entre obesidad e IC ha tenido resultados no consistentes debido a las diferencias metodológicas entre ellos.

En un trabajo en el que se analizaron en adolescentes portuguesas las variables sociodemográficas relacionadas con la IC y la obesidad se observó que, aún siendo mayor la prevalencia de obesidad entre los varones, la percepción de ser obesas era mayor en las mujeres. Esto subraya la importancia de analizar la percepción del peso más allá del IMC, dado que a menudo los problemas pueden derivar más de la percepción de tener un mayor peso que de tenerlo en realidad (de Sousa, 2008).

Estudios recientes apoyan la hipótesis de que la población obesa, al igual que los pacientes con AN o BN, sobreestiman las dimensiones de su cuerpo. Se ha demostrado con un aparato de estimación de tamaño que los sujetos control eran más precisos en la estimación de su peso que los pacientes con AN, BN y que los obesos lo sobreestimaban (Schwartz y Brownell, 2004). Otro estudio con el método de las siluetas sin embargo, concluyó que mientras los pacientes con AN sobreestimaban el tamaño corporal, los obesos lo infraestimaban y los controles eran bastante precisos.

Estudios sobre población obesa en programas de adelgazamiento muestran mayor grado de distorsión en pacientes que abandonan el programa que en aquellas que lo completan, contradiciendo la hipótesis de que cuanto más grande te ves más motivado estás para adelgazar. Estos resultados más bien sugerirían que la sobreestimación del cuerpo aleja la consecución de la meta (adelgazamiento) y fomenta el abandono de este tipo de programa.

De acuerdo con los trabajos revisados, resulta difícil llegar a una conclusión. En resumen, los resultados van en tres direcciones diferentes: 1) los obesos sobreestiman su cuerpo, 2) lo infraestiman y 3) son precisos en sus estimaciones. Quizá lo más

importante no es si los obesos son o no precisos en sus estimaciones de la IC, sino más bien en lo que significa para ellos y cómo afecta esto a sus vidas. Una hipótesis generada de los estudios revisados con anterioridad, es que los casos en que la población obesa infraestima el tamaño corporal, podrían estar relacionados con un alta autoeficacia y una autoestima positiva de estos pacientes (Schwartz y Brownell, 2004).

En la actualidad, lo que sí parece evidente es que la relación entre ambas variables difiere en función del sexo. Los varones de bajo índice de masa corporal tienden a verse más gruesos de lo que están, y viceversa, los más obesos tienden a distorsionar su imagen y se perciben con un IMC inferior al que poseen, como respuesta a la deseabilidad social. Sin embargo, las chicas de mayor índice de masa corporal reconocen su sobrepeso y no todas cambian a una ingesta más adecuada, mientras que las que tienen infrapeso, es decir un índice de delgadez por debajo de lo normal, son las que más distorsionan su imagen viéndose con un IMC superior al que les corresponde y, por tanto, con deseos de bajar peso (Maganto y Cruz, 2008).

En síntesis, la razón por la que las mujeres no se encuentran satisfechas con su peso es porque quieren estar más delgadas, incluso las de menor IMC, cosa que no ocurre en los varones. En los varones se ha identificado el IMC como factor de riesgo de problemas de IC, pero la preocupación por el cuerpo se focaliza, como ya se ha visto, en el deseo de responder al ideal de Adonis, con el consiguiente deseo de ser más masculino, es decir, más alto, más musculoso y más anguloso, lo que conlleva el desesperado intento de perder adiposidad y ganar en masa muscular (Watkins, Christie y Chally, 2008).

4.2. OBESIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria agrupan a un conjunto de problemas caracterizados por comportamientos, creencias y emociones anómalas sobre la alimentación, peso y la forma corporal (Maganto 2011).

Está demostrado que la relación entre disfunción alimentaria y alteración de la IC es unidireccional, y que son las alteraciones de la IC las que contribuyen a que se

desencadene un trastorno alimentario y no a la inversa. La distorsión por infraestimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen pueden dar lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación (Maganto y Cruz, 2002; Markham, Thompson y Bowling, 2005), confirmándose igualmente la correlación positiva entre la insatisfacción y distorsión corporal y TCA (Berg, Frazier y Sherr, 2009; Cahill y Mussap, 2007). Parece confirmada la importancia de la alimentación con respecto a la IC, ya que la satisfacción corporal es significativamente más baja en personas con TCA que sin TCA (Berg, Frazier y Sherr, 2009; McFadden, 2009).

De hecho, la insatisfacción y distorsión con la IC es una de las razones que propicia iniciar una dieta para bajar peso, independientemente del sexo (Ramos, Rivera y Moreno, 2010). El trabajo de estos autores mostró que, a pesar de que las mujeres tenían un IMC más ajustado y un menor grado de sobrepeso y obesidad, ellas mismas se percibían como más gruesas, estaban menos satisfechas con su IC y se pusieron a dieta a pesar de que no necesitaran bajar de peso. Así mismo, los trabajos de Cuzzolaro et al. (2008) evidencian que de la muestra aleatoria que obtuvieron había más varones obesos que mujeres y más mujeres con un peso inferior al normal que varones. Sin embargo, a pesar de que las mujeres estaban más delgadas que los varones, eran éstas las que presentaban mayor insatisfacción corporal y las que por esa misma razón hacían dietas. Es decir, tanto mujeres como varones, pero especialmente las mujeres, empiezan una dieta, no tanto porque necesiten perder peso, sino más bien por la percepción distorsionada de su cuerpo, percibiéndose más obesas de lo que en realidad están, y por lo tanto más insatisfechas con su IC. En la misma dirección, Green (2001) estima que aproximadamente el 12% de las mujeres con edades comprendidas entre los 12 y los 64 años siguen algún plan para adelgazar, y que el 90% ha intentado perder peso alguna vez en su vida.

Hay menos investigación con varones que con mujeres, pero los estudios recientes indican que también en los varones se ha confirmado la insatisfacción con la IC está relacionada con el IMC, especialmente con un cuerpo obeso, por lo que éstos no solo desean ser más musculosos, sino más atléticos (Tiggemann, Martins y Kirkbride, 2007). En algunos estudios (Tiggemann, Martins y Churchett, 2008) se han confirmaron

correlaciones positivas entre insatisfacción con la obesidad y trastornos alimenticios (Tylka et al, 2005), síntomas depresivos (Bergeron y Tylka, 2007) y ansiedad físico-social. También el estudio de Tiggemann et al., (2008) que examina las variables que integran la insatisfacción corporal en varones, muestra que el peso corporal es el factor más predictivo de dicha insatisfacción, incluso con valores predictivos superiores a los de la insatisfacción muscular o preocupación por la musculatura.

El seguimiento de dietas de adelgazamiento es la conducta alimentaria desajustada más frecuente, siendo las mujeres las que recurren a esta conducta en mayor medida (Acosta et al., 2006). La persona se niega a mantener su peso corporal dentro de los parámetros considerados normales para su edad y altura al tener distorsionada su figura corporal. Las personas se ven gruesas, a pesar de que su peso se encuentra muy por debajo de los límites saludables y, por ello, tienden a perturbarse constantemente haciendo dieta (Gómez, García y Corral, 2009; Viñuales et al., 2008). Cuanto más rígido es el intento de perder peso, mayor es la probabilidad de perder el control y de acabar comiendo más de la cuenta y, a su vez, mayor es la probabilidad de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (Hill, 2007; Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story, y Eisenberg, 2007) e incluso una depresión (Akbaraly et al., 2009). En caso de no conseguir el objetivo, es más probable que las personas sientan un gran sentimiento de culpabilidad junto con una profunda sensación de fracaso, y por tanto es también más probable que se padezca un trastorno de ansiedad.

Por tanto, en los trastornos de conducta alimentaria, la importancia de la dieta es, por definición, una variable importante a considerar en la investigación de los mismos. Se ha demostrado que una posible consecuencia de los cánones estéticos impuestos por la sociedad actual, como se ha visto anteriormente, sería una pérdida progresiva de la dieta variada y equilibrada entre los jóvenes de nuestro medio (Maganto, Garaigordobil y Maganto, 2010).

Para una minoría se han identificado dos patrones claros: el *trastorno de ingestión compulsiva* (TIC) y el síndrome de ingestión nocturna (SIN). Ambos trastornos son más prevalentes entre las personas con sobrepeso y obesas que entre los individuos con peso normal (Allison y Stunkard, 2005).

La característica principal del TIC es «comer, en un período breve una cantidad de alimento sustancialmente mayor de la que comería la mayoría de los individuos en circunstancias similares» (DSM-IV). Además, los individuos con TIC experimentan una pérdida de control sobre la alimentación durante ese período, como si uno no pudiese parar de comer o limitar la cantidad que come. Se debe distinguir el TIC de la bulimia nerviosa por la ausencia de conductas compensadoras, como el vómito, el abuso de laxantes o el ejercicio compulsivo. También hay una sensación de vergüenza o disgusto con uno mismo en relación con el episodio de ingestión compulsiva, lo que causa un distrés significativo.

El TIC es un trastorno de curso persistente, con niveles moderados de psicopatología asociada y bastante resistente al tratamiento (Saldaña, 2002). Comparados con grupos control de personas obesas, los individuos con TIC padecen una obesidad más grave, un inicio anterior de sobrepeso, una voluntad más temprana y frecuente de ponerse a dieta, y una mayor psicopatología (Allison y Stunkard, 2005). Aunque entre un 20% y 30% de los pacientes con TIC son obesos todavía hoy se desconoce la naturaleza de la relación entre ambos trastornos (Saldaña, 2002).

Por su parte, el *síndrome de ingestión nocturna* (SIN) es un trastorno de la alimentación caracterizado por una fase retardada en el patrón circadiano de la ingesta. Es una entidad escasamente estudiada, definida por hiperfagia nocturna, insomnio y anorexia matinal. Clínicamente se caracteriza por una ingesta de al menos el 50% de las calorías diarias por la noche en estado de completa vigilia, anorexia matinal, insomnio de conciliación y mantenimiento, y alteraciones del estado de ánimo. El SIN se exacerba con el estrés (Piñeiro y Sánchez-Panell, 2006).

Los datos epidemiológicos revelan una baja prevalencia de TIC (2%) y SIN (1,5%) en la población general; sin embargo, en ambos casos la prevalencia aumenta a medida que aumenta el peso.

El patrón dietético de las personas obesas con diagnóstico de *trastorno por atracón*, frente a las que no tenían este diagnóstico, mostraba que éstas tenían más hambre y mayor desinhibición ante la comida y a su vez referían una autoestima más baja y más ansiedad física social. Este patrón alimentario de desinhibición era en parte el

responsable de la obesidad, por lo que se cerraba el círculo del posible cambio de patrón alimentario de obesidad y diagnóstico por atracón.

El patrón alimentario de la *persona con bulimia* se define, por un lado, por la presencia de atracones recurrentes y, por otro, por las conductas compensatorias inapropiadas, como pueden ser, el uso de laxantes y de diuréticos, la provocación del vómito, el ayuno, etc. También los pacientes con bulimia desean estar más delgados y, lógicamente, tienen problemas de IC, distorsionando la percepción de su cuerpo, aunque en muchas ocasiones, cuando manifiestan estar por encima de su peso, tienen razón (Moreno, Rodríguez-Ruiz y Fernández-Santaella, 2009).

Sin embargo, al contrario que en la anorexia, en la bulimia parece que se tiene mayor conciencia de enfermedad y, aunque intentan mantener los síntomas ocultos por vergüenza y se niegan a ser tratados, en el fondo piensan que sus conductas no son normales. Vomitar está socialmente mucho peor visto que no comer y tiene unas connotaciones de falta de control y dejadez sobre sí mismas, que son inaceptables para el entorno. Esto la persona con bulimia lo sabe, entre otras razones, porque ella misma lo siente también así, y cuando vomitan, a menudo lo perciben como un descontrol total.

Cuando presentan sobrepeso a causa de una ingesta excesiva que las conductas de purga no pueden reducir, el temor a llegar a ser obesas y la percepción de su cuerpo no son suficientes para reducir los atracones. La solución creen encontrarla en los periodos intermitentes de dieta restrictiva. Normalmente, se plantean, no una dieta normal, sino compaginar atracones y conductas purgativas, lo que hace que se agudice más el trastorno, sobre todo, si no consiguen perder peso (Szydlo y Woolston, 2006).

Las dieta naturalista realizada en personas bulímicas disminuye los síntomas bulímicos especialmente en personas con síntomas depresivos (Presnell, Stice y Tristan, 2008), sin embargo si el patrón alimentario no se estabiliza, los cambios son temporales y poco predictivos de cambios alimentarios en el futuro. Se sabe que es frecuente el uso de complementos dietéticos y píldoras farmacéuticas en el intento de perder peso en personas con riesgo de TCA, pero esto no hace sino deteriorar el patrón alimentario e incrementar los problemas de IC.

El patrón de alimentación de las personas anoréxicas, posicionadas en la obsesión por la delgadez, desarrollan en numerosas ocasiones errores dietéticos que desembocan en trastornos más severos (Neumark-Sztainer, et al., 2007). Son personas, especialmente mujeres, que alcanzando el peso adecuado siguen manteniéndose aferradas a alimentarse con una mínima variedad de alimentos, ya que esto les proporciona la seguridad de "no seguir engordando", por lo que se mantiene en dietas muy restrictivas. Comienzan a reducir lo que de motu propio o culturalmente consideran alimentos "que engordan", rechazan las grasas y los hidratos de carbono.

La progresiva restricción alimentaria despierta la alarma de la familia o pareja, intentando mantener oculta la conducta de rechazo a la comida, malcomiendo a solas, tirando la comida, escondiéndola o simplemente se enfrentan a los demás sosteniendo un patrón alimentario erróneo

Sin embargo, a veces la dieta no es suficiente para conseguir el peso deseado, y al malcomer se suman los vómitos, los laxantes y el ejercicio físico exagerado. Se vomita después de comer a escondidas si no se puede en el baño (Perpiñá, 2008). Una conducta peligrosa también es la utilización de diuréticos. Bien sea por las alteraciones de la dieta o por los problemas circulatorios que algunas padecen, pueden presentar edemas que combaten con diuréticos. La mala utilización de estos fármacos provoca graves trastornos electrolíticos que agravan el cuadro clínico, creándose así un círculo vicioso, ya que la paciente se siente hinchada, provocando la sensación de "estar más gorda" y aumentando progresivamente la dosis de los mismos.

En síntesis: existe evidencia de los siguientes factores de riesgo asociados entre sí: la obesidad está asociada con la insatisfacción corporal (Center for Disease Control and Prevention, 2009; World Health Organization, 2009), la insatisfacción a su vez concierne al peso, a las medidas dietéticas y otras estrategias de cambio de imagen física (Lowe et al. 2006; Tomiyama y Mann, 2008), y ambas variables están relacionadas a su vez con los trastornos de conducta alimentaria (Markey, 2010).

El estudio de metanálisis realizado por Stice (2002) sugiere que la insatisfacción corporal vinculada al IMC es uno de los factores con mayor peso predictivo en los trastornos alimentarios, encontrándose los mismos resultados en otras investigaciones

(Lynch, Heil, Wagner, y Havens (2008). Es importante identificar, tratar y prevenir estos trastornos en la población con sobrepeso, dado que de lo contrario se mantienen en el tiempo y favorecen la obesidad (Allison y Stunkard, 2005).

5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La evaluación de los TCA tienen elementos comunes con otras evaluaciones clínicas, como son el análisis de la demanda por parte del paciente, la historia clínica, tanto psicológica como médica y la aplicación de los instrumentos psicológicos de evaluación que se requieran para realizar un diagnóstico completo.

5.1. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe recoger información sobre los aspectos clínicos más relevantes que se consideren en cada caso y para cada paciente, siendo lo más recomendable explorar:

- Historia familiar y psicosocial, rastreando las relaciones y eventos importantes, los vínculos familiares, el tipo del nivel de expresión emocional y otros aspectos de la historia familiar del paciente que sea de interés clínico.
- Historia ponderal (es decir la relativa al peso, como magnitud, cambios, etc.), autovaloración del peso corporal y dimensión del rechazo al incremento de peso y/o deseo obsesivo de perder peso, o por el contrario la indiferencia ante la obesidad y la vivencia de la incapacidad de reducir el peso a las proporciones adecuadas.
- Ingesta alimentaria en términos cuali-cuantitativos, abusos en la ingesta o prohibiciones restrictivas de alimentos, la regulación horaria, los hábitos de alimentación y conocimientos nutricionales.
- Episodios bulímicos y conductas compensatorias (historia, frecuencia, lugar y características), factores precipitantes y sensaciones en torno al atracón, frecuencia de los vómitos o ingesta habitual y actitud frente a la purgación, ejercicio y actividad física (tipo y tiempo), así como la historia de abuso de laxantes, diuréticos, etc.

- Historia menstrual (menarquia, irregularidades en el ciclo, episodios de amenorrea...), valoración de la función sexual y reproductora y uso anticonceptivos orales.
- La conciencia de enfermedad (grado de negación o aceptación) y la comorbilidad asociada al trastorno.
- La evaluación de la IC.
- La evaluación psicopatológica específica y evaluación de la comorbilidad es decir, de otros trastornos psicopatológicos asociados.
- La historia médica debe ser contemplada en los términos en que se precise.

5.2. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Para una evaluación correcta de los TCA se deben tener en cuenta los criterios diagnósticos que marca el DSM-IV-R y DSM-V como base de dicha evaluación, y que han sido expuestos en el apartado 1 de este trabajo)

5.3. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD:

5.3.1. Métodos antropométricos:

- Relación peso/talla: es un método simple para la valoración de la obesidad. Sin embargo, refleja más la masa corporal total que la masa grasa. Un exceso por encima del 95 percentil indica obesidad.
- Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet: es muy útil para valorar la obesidad ya que el 90% de las variaciones se deben a cambios en la masa grasa. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet (1871). Se calcula dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg/m^2 . En adultos es relativamente constante. Si es superior a 25 se considera sobrepeso y por encima de 30, obesidad. Es la medida de elección más frecuentemente empleada. Sin embargo, sus principales inconvenientes son que no distingue si la sobrecarga ponderal

(relativa al peso) es debido a masa grasa o masa magra (también llamado masa muscular), y algunos individuos muy musculados pueden ser clasificados como obesos sin serlo. Sin embargo, para la población general, las variaciones de peso entre individuos de una misma talla son debidas principalmente a la masa grasa. Tampoco aporta información sobre la distribución de la grasa en las distintas partes del cuerpo. Aunque tiene una buena correlación con la grasa corporal en individuos "medios" de 1.6-1.8 m de altura, puede minusvalorar la grasa corporal en personas de talla alta, y sobreestimarla en personas de talla baja. A pesar de los inconvenientes, el cálculo del IMC ha sido establecido por los diferentes Comités y sociedades especializadas en obesidad como la medida básica de elección en la evaluación inicial del sobrepeso y la obesidad en personas adultas.

La actual definición comúnmente en uso establece los siguientes valores, acordados en 1997 y publicados en 2005:

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso normal.
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-39,9 es obesidad.
- IMC de 40,0 ó mayor es obesidad severa (o mórbida).
- IMC de 35,0 ó mayor en la presencia de al menos una otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.

Índice nutricional de Shukla (1972):
$$\frac{\text{Peso actual/talla actual}}{\text{Peso en el percentil 50/ talla en el percentil 50}}$$
 según edad.

- *Pliegues:* la grasa subcutánea constituye aproximadamente el 50% de la masa corporal total. La medición de los pliegues por medio de un lipocalibrador es un método sencillo y preciso siempre que el observador sea experimentado, aunque si la obesidad es muy severa no es muy fiable. Se suelen medir los siguientes pliegues: tricipital, bicipital, subescapular, suprailíaco. El que más se utiliza es el pliegue tricipital. Utilizando esta medida se acepta como indicativo de obesidad un pliegue tricipital superior al percentil 95 en prepúberes y al 85 en adolescentes. En

caso de no disponer de valores de referencia se pueden considerar obesos a los que tengan un pliegue tricipital superior a 20 mm.

- *Distribución de la grasa:* se puede estimar mediante la relación cintura/cadera. Se considera obesidad androide cuando en hombres es superior a 1,0 y en mujeres a 0,9 (la obesidad androide se denomina también tipo “manzana”, debido a un exceso de grasa en la zona abdominal); mientras que el patrón de obesidad ginoide es cuando en hombres es inferior a .85 y en mujeres a .75 (se denomina ginoide a la obesidad tipo “pera” por un exceso de grasa en la zona de cadera y muslos).

5.3.2. Otros métodos

- *Impedanciometría:* se basa en la aplicación de una corriente eléctrica alterna a frecuencias diferente desde 5 a 100 Khz de una forma continua a lo largo de la superficie corporal. A bajas frecuencia atraviesa los líquidos extracelulares mientras que a altas frecuencias atraviesa tanto el compartimento extra como intracelular (masa magra y masa no grasa). La impedancia al flujo de corriente eléctrica varía por tanto en proporción a la cantidad de tejido libre de grasa presente, reflejando la caída en el voltaje una estimación de la resistencia opuesta por la masa corporal. La corriente se transmite a través del componente hidroelectrolítico de la masa magra y por lo tanto la resistencia es proporcional al volumen de agua corporal. La impedancia es proporcional al cuadrado de la longitud del conductor (el paciente) dividida por el volumen. Se han elaborado algunas ecuaciones para obtener el agua corporal total, el agua extracelular, la masa libre de grasa y la masa grasa. Tiene el inconveniente de que pequeñas variaciones en el agua corporal producen grandes diferencias en la estimación de masa corporal libre de grasa, por lo que es importante que el sujeto esté en condiciones de hidratación normales. Sin embargo es seguro y se correlaciona con las mediciones antropométricas.
- *Tomografía computerizada:* es una técnica muy útil para medir la distribución de la grasa en el abdomen y cuantificar la masa ósea. Se basa en capacidad de

atenuación de rayos X al atravesar la masa corporal. La atenuación es directamente proporcional a la densidad de los tejidos. Es un método fiable, reproducible y seguro. Existe el inconveniente de una mínima radiación de 250-1000mRem.

- *Resonancia nuclear magnética: tiene un alto nivel de precisión para definir la IC. Es una técnica cara, pero tiene la ventaja de que está exenta de radiación.*
- *Conductividad corporal total: es una técnica cara. Se basa en la creación de un campo electromagnético en un cilindro utilizando una corriente eléctrica oscilatoria de 2,5 mHz. La persona se coloca dentro de un cilindro donde se le expone al campo electromagnético produciéndose variaciones en la impedancia. La magnitud de la variación está en relación con la masa libre de grasa y se llama conductividad. A partir de estos datos y utilizando diferentes ecuaciones se puede calcular la masa grasa, la masa libre de grasa y el agua corporal total.*

Cada uno de estos métodos tiene sus ventajas e inconvenientes, por lo que cada profesional utilizará aquel que considere más adecuada en cada caso

5.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGENCORPORAL, TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y ALTERACIONES ASOCIADAS

Para una evaluación correcta de la IC, TCA y comorbilidad psicopatológica es preciso utilizar métodos y procedimientos diagnósticos que posean propiedades psicométricas rigurosas entre los que cabe señalar los que se presentan en el siguiente cuadro (*ver en material complementario la explicación de los instrumentos de evaluación*):

Cuadro 8. Instrumentos de evaluación

Instrumentos de imagen corporal	• Test de Siluetas para Adolescentes (TSA. Maganto y Cruz, 2008). • Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC. Toro, Salamero y Martínez, 1994). • Escala de Satisfacción Corporal (ESC. Maganto y Kortabarría, 2011). • Cuestionario sobre la forma corporal/Body Shape Questionnaire (BSQ. Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). • Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal. (IMAGEN. Solano y Cano, 2010).
Instrumentos de evaluación de TCA	• El cuestionario autoinforme para el examen de los trastornos de la alimentación/ Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q. Fairburn y Beglin, 1994). • Test de actitudes alimentarias/Eating Attitudes test/ (EAT. Garner y Garfinkel, 1979). • El inventario de trastornos de conducta alimentaria/Eating Disorders Inventory (EDI-2. Garner y Olmsted, 1984). Adaptación española: Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). • Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3. Garner, 2004). Adaptación española: Elosua, López-Jáuregui y Sánchez Sánchez, 2010). • El test de Bulimia de Edimburgo/Bulimia Investigatory Test of Edimburg (BITE. Henderson y Freeman, 1987). • El test de Bulimia-revisado/Bulimia test – revised (BULIT-R. Thelen, Mintz y Vander Wal, 1991). Adaptación española: Álvarez, Mancilla, y Vázquez (2000). • Cuestionario SCOFF: nueva herramienta de screening para los trastornos de alimentación/The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. Morgan, Reid y Lacey (1999).
Instrumentos de evaluación de problemas psicopatológicos	• Inventario de Depresión de Beck-I (BDI-I. Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). • Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II.2. Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). • Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI. Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988). • Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2. Miguel, Casado, Cano y Spielberger, 2001). • Cuestionario de 90 síntomas-revisado/Symptom Checklist 90 revised (SCL-90-R. Derogatis, L.R., 1983). Adaptación española: González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín, y Rodríguez Pulido, 2002).
Evaluación de la obesidad	Métodos antropométricos: • Relación peso/talla. • Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet. • Índice nutricional de Shukla (1972). • Pliegues. • Distribución de la grasa. Otros métodos: • Impedanciometría. • Tomografía computerizada. • Conductividad corporal total. • Resonancia nuclear magnética.

6. INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

Se va a abordar el problema de los TCA desde la prevención e intervención ante la obesidad y desde la intervención directa ante los TCA.

6.1. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con estos problemas pueden ser en gran medida evitables. Las medidas conciernen a las personas como individuos responsables y a los organismos y entidades públicas de carácter político y sanitario.

La Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular y pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local. Esta labor es complementada por la del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición que permitan hacer frente a la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Unión Europea se posicionó ante este dictamen, considerando este objetivo sanitario de carácter prioritario para todos los Estados de la Unión Europea. Como consecuencia, el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Agencia Española de Seguridad y Nutrición (AESAN), elaboró la *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad – Estrategia NAOS (2005)*, cuyo objetivo es el de *"sensibilizar a la población sobre el problema de la obesidad para la salud e impulsar iniciativas para que todos los ciudadanos y especialmente niños y jóvenes adopten*

hábitos de vida saludables", en relación a la alimentación y ejercicio físico, tomando en consideración las diferentes vías de actuación (la familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación y las empresas).

También el Ministerio de Sanidad y Política Social estableció la salud mental como objetivo prioritario, aprobando para ello la denominada *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007)* y acordando la necesidad de implementar programas de prevención y de intervención desde la escuela/familia/comunidad para cualquiera de las alteraciones incluidas en los TCA.

La puesta en práctica de estas recomendaciones requiere un compromiso político y la colaboración de muchas instituciones tanto públicas como privadas. Todos ellos tienen funciones importantes que desempeñar en la creación de patrones de vida sana y en hacer asequibles y accesibles alternativas dietéticas más saludables. Esto es especialmente importante para los sectores más vulnerables de la sociedad (los pobres y los niños), cuyas opciones con respecto a los alimentos que consumen y a los entornos en los que viven son más limitadas.

6.2. INTERVENCIÓN ANTE LA OBESIDAD

Desde el Ministerio de Salud de cada país se han establecido objetivos y programas específicos, tanto preventivos como terapéuticos, para abordar este tema. A modo de ejemplo se podría señalar la guía de práctica clínica del colegio americano de médicos, en la que se hacen las siguientes cinco recomendaciones (Snow, Barry, Fitterman, Qaseem y Weiss, 2005):

1. Las personas con un índice de masa corporal mayor de 30 deberían recibir consejo sobre dieta, ejercicio y otros factores del comportamiento relevante y establecer una meta realista para la pérdida de peso.
2. Si esta meta no es conseguida, la farmacoterapia debe ser ofrecida. Los pacientes necesitan ser informados de la posibilidad que se ofrece, de la seguridad y eficacia a largo plazo y de los efectos secundarios de dichos fármacos.

3. La terapia con drogas será prescrita por el facultativo correspondiente en las dosis y términos que se precisen. Para los casos más severos de obesidad, puede prescribirse de forma selectiva drogas más fuertes tales como anfetaminas y metanfetaminas.
4. En pacientes con IMC mayor de 40 que fallen en alcanzar su meta en pérdida de peso (con o sin medicación) y que desarrollan además serias complicaciones relacionadas con obesidad, puede estar indicada la cirugía bariátrica, pero a los pacientes se les debe advertir de las complicaciones potenciales de la misma.
5. Las personas que requieran cirugía bariátrica deberán ser derivados a centros de referencia específicos, a fin de evitar las posibles complicaciones.

No existe un tratamiento simple o eficaz con carácter general. La obesidad es una condición crónica, resistente al tratamiento y con tendencia a la recaída. La detección y tratamiento tempranos de la obesidad son esenciales. Para realizar un tratamiento adecuado se requiere un equipo multidisciplinar que reúna las siguientes actitudes:

- Tratar a las personas obesas con respeto, amabilidad y paciencia así como con firmeza.
- Tomar en serio el problema de la obesidad y los riesgos asociados para la salud.
- Plantear el tema de la obesidad con una doble perspectiva: como problema de salud y como reto terapéutico.
- Antes de comenzar el tratamiento, valorar cuidadosamente la capacidad del paciente para seguir un programa exigente de pérdida de peso y posteriormente su mantenimiento.
- Adaptar el tratamiento a las necesidades y problemas particulares de cada persona.
- Ser flexible en el tratamiento y solicitar la ayuda de otros expertos en otras disciplinas (médicos, psicólogos, etc.).
- Cuidar el mantenimiento del peso después de su reducción y asegurarse desde el principio que el individuo comprenda que la estrategia consiste en la forma de

mantener constante el peso para lo cual se deberá insistir en el cambio de hábitos alimentarios.

- Implantar una correcta educación nutricional desde los primeros años de la vida ayudará a mantener un perfecto estado de salud.

El tratamiento con éxito de la obesidad reside en la disminución de la ingesta calórica en relación con el gasto energético, teniendo presente que las pautas de alimentación a seguir deben inculcar hábitos de alimentación y de estilo de vida apropiados que promuevan a largo plazo la disminución de peso en al menos un 20% de su peso en relación a la talla ideal, y mantener dicho peso sin afectar al crecimiento y desarrollo del niño sin afectar a problemas de IC.

Los programas terapéuticos para la obesidad suelen plantearse en tres etapas:

1. *Tratamiento inicial:* El objetivo es la reducción de un 20-25% de la ingesta energética habitual, incrementar el ejercicio físico e impartir educación y modificación de conducta. El consejo nutricional es imprescindible y debe de ir siempre acompañado de una motivación para el cambio. La información-educación tiene que incluir necesariamente la composición de los alimentos, la importancia de la distribución, tanto de los principios inmediatos como de las comidas en la alimentación diaria, así como un cambio de estilo de vida. Estos principios constituyen la base para que el tratamiento tenga éxito. Las dietas estrictas están sólo indicadas en casos de obesidades severas ya que la mayor parte de las personas necesitan cambiar el estilo de vida y de alimentación.

Para instaurar una pauta dietética se deben de conocer las costumbres de la persona, la forma de vida, su historia clínica, las posibles complicaciones añadidas a la obesidad y si existen o no trastornos del comportamiento alimentario. Por todo ello es necesario realizar un interrogatorio exhaustivo al paciente para poder conocer qué, cómo y por qué come. Una vez que conocemos los hábitos alimentarios debemos realizar una alimentación personalizada adecuándola a los gustos, horarios, su nivel socioeconómico, posibles complicaciones física añadidas. Hay que evitar prohibiciones absolutas de

algunos alimentos, ya que esto dificulta el seguimiento de la dieta. Lo ideal es hacer un programa alimentario que incluya todo tipo de alimentos en las cantidades adecuadas, así evitaremos rechazos de los niños y familiares. Como principio es mejor “poco de muchos que mucho de pocos”.

Además de estas recomendaciones generales, la actuación a nivel individual es ineludible, las personas pueden:

- Lograr un equilibrio entre ingesta alimenticia y desgaste energético.
- Reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas y cambiar del consumo de grasas saturadas al de grasas insaturadas.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares.
- Aumentar la actividad física reduciendo el sedentarismo cada vez más extendido.

En general, para reducir el peso suele ser necesaria una mayor actividad.

2. *Adhesión al tratamiento.* Esto implica comprensión, aceptación y realización del tratamiento propuesto. Este apartado es fundamental, ya que su no observación condena cualquier otro tipo de medida al fracaso. En este sentido la familia/pareja es una pieza clave para la realización del mismo.

3. *Tratamiento de mantenimiento.* Trata de consolidar los hábitos alimentarios y el ejercicio físico. Esta última fase debe ser instaurada una vez que se haya alcanzado el peso deseado. Los métodos para mejorar la obesidad en función de las modificaciones del comportamiento deben en primer lugar analizar el comportamiento centrado en las acciones en relación con la comida (tipo y frecuencia de alimentos consumidos así como los antecedentes de comportamiento y del consumo de comida). Las técnicas de intervención incluyen métodos de autocontrol:

- Elaborar un diario de todas las comidas realizadas así como de la actividad física.

- Establecer objetivos semanales con la “pedagogía del éxito” (proposición de objetivos que seguro puede cumplir y lleven al éxito) y la “pedagogía de las pequeñas metas” (objetivos de corto y fácil alcance).
- Técnicas de estímulo-control: evitar situaciones que promuevan la sobrealimentación y eliminación de todas aquellas comidas que conducen al aumento de peso sin contenido nutritivo.
- Substitución comida-conducta: iniciar una actividad que no tenga relación con la alimentación ante una situación de consumo habitual de alimentos, por ejemplo, ir a dar un paseo cuando le apetece tomar un aperitivo. Implica también tomar conciencia de estar sobrealimentado como resultado de aburrimiento y aprender a sustituirlo por otras actividades.
- Además de las modificaciones de conducta individual es imprescindible el apoyo familiar y/o emocional: El apoyo emocional es, igualmente, imprescindible en cualquier intervención terapéutica, pero de forma especial, durante la adolescencia, época en la que se agravan los problemas emocionales de los pacientes obesos, por lo que se recomienda trabajar en grupos de apoyo con impacto familiar y psicológico.
- La utilización de agentes farmacológicos reguladores del apetito que tiendan a aumentar el gasto energético, aunque no está indicada en la infancia y el desarrollo puberal, sí puede estarlo en casos de obesidades muy severas.
- Los programas de ejercicio físico se estructuran con actividades aeróbicas asociadas a un cambio la actividad de su estilo de vida. Son recomendables: correr, andar, natación, que deben de ser realizadas al menos tres veces por semana con una duración e intensidad determinada. El objetivo debe ser aumentar el gasto calórico y mejorar la forma física.

El tratamiento ante la obesidad abarca por tanto una modificación de la ingesta alimentaria por debajo del gasto energético, un aumento de la actividad física y una modificación de la conducta alimentaria. Estos tres factores son el pilar básico para el tratamiento de la obesidad. La cirugía está reservada para los casos más difíciles, para

las personas que sufren una obesidad mórbida definida como un exceso de peso corporal superior al 100% y que han fracasado en todo intento de tratamiento anteriormente explicado.

6.3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La intervención ante los TCA debe tomar en consideración, entre otras variables, el tipo de trastorno y la gravedad del mismo. Se presenta un esquema del proceso de intervención en pacientes que requieren ingreso hospitalario y de las intervenciones que conviene llevar a cabo tras el ingreso hospitalario. Dichas intervenciones precisan una dimensión multidimensional y multiprofesional para que el éxito terapéutico se garantice.

6.3.1. *Ámbito hospitalario: proceso terapéutico*

Etapa I: Primera semana de hospitalización

- Evaluación médica, psicológica y psiquiátrica.
- Rehabilitación nutricional.
 - Recuperar y mantener el IMC normal (en casos de bajo peso).
- Normalización de patrón alimentario (dependiendo del trastorno).
 - Suprimir la restricción.
 - Eliminar los atracones y purgas.
 - Normalizar el ejercicio.
- Participación en grupo de psicoterapia.
- Aprendizaje de respiración-relajación.
- Entrevistas individuales: técnicas de apoyo.

Etapa II: Segunda y tercera semana de hospitalización

- Generalización de conducta alimentaria:
 - Comidas en habitación con familia.

- Meriendas fuera del hospital.
- Visitas de amigos.
- Desensibilización al incremento de peso: ropa, paseos, comentarios.
- Grupo de padres:
 - Comprensión de la enfermedad y tratamiento.
 - Reducción de ansiedad y culpa ante la enfermedad.
 - Información sobre tratamiento y evolución.
 - Reconocimiento, aprendizaje y entrenamiento en resolución de problemas.
 - Adhesión y cooperación en tratamiento.
 - Reajuste de interacción familiar.

Etapas III. Cuarta y quinta semana de hospitalización

- Realimentación y mantenimiento nutricional: 2500-3000 calorías.
- Reposo (si fuera el caso).
- Comidas en habitación con padres/pareja.
- Técnicas de prevención de recaídas y desensibilización:
 - Permisos de fin de semana: Plan de vida.
 - Incorporación parcial escolar.
- Técnicas cognitivas:
 - Distorsiones cognitivas.
 - Pensamientos automáticos.
 - Habilidades sociales.
 - Resolución de problemas.
 - Prevención de recaídas.
- Programa de ejercicio y relajación para casa.
- Entrevistas familiares: paciente, pareja, padres....
- Contacto con tutor escolar: objetivos académicos e integración con los compañeros (si fuera el caso).

6.3.2. Intervenciones terapéuticas en TCA en el ámbito familiar y en el ámbito comunitario

Haya o no un ingreso hospitalario, conviene que, al menos durante dos años, se mantenga un plan de intervención terapéutica programado en el que se incluirán las actividades que se detallan seguidamente. Este programa se adecuará a cada caso en cuanto a la modalidad (tipo de intervención preferente), en cuanto a la duración (más de dos años) e intensidad (número de sesiones por semana), pero sin dejar de lado ninguna de las proposiciones generales que se detallan:

6.3.3. Terapia individual y grupal

- Mantener la rehabilitación y re-educación nutricional.
- Manejo y control de la ansiedad ante incremento de peso.
- Establecer un “Plan-programa de Vida”.
- Terapia individual.
- Participación en algunos grupos terapéuticos (1 sesión/semana, realizado por el psicólogo que lleve la responsabilidad de su tratamiento):
 - Grupo cognitivo –conductual.
 - Grupo Psicoterapia dinámica.
 - Grupo de Educación para la salud.
- Talleres de habilidades sociales (conveniente realizar al menos tres de ellos):
 - Taller de imagen corporal.
 - Taller de autoestima.
 - Asertividad.
 - Resolución de conflictos.
 - Toma de decisiones.
 - Taller de habilidades de comunicación.

Coordinadamente con el/la paciente se llevarán a cabo grupos de apoyo de orientación a familiares, por los beneficios confirmados que aporta al tratamiento.

6.3.4. Grupo de apoyo y orientación para familiares (1 sesión por semana o mes en función del caso):

- Contención familiar y adhesión al tratamiento:
 - Información: trastorno, tratamiento y evolución.
 - Disminuir la ansiedad y culpa en familias.
 - Estimular la cooperación en tratamiento.
 - Recuperar el sentido de competencia y eficacia en el cuidado del hijo/a.
- Estimular cambios en el sistema familiar:
 - Mejorar comunicación.
 - Redefinir fronteras familiares.
 - Promover autonomía según edad.
 - Estimular el auto-cuidado de los padres.
- Intervención familiar o de pareja:
 - Terapia sistémica.
 - Apoyo de redes familiares extensas.

Como síntesis podemos decir que el trabajo preventivo y especialmente terapéutico con problemas de peso y alimentación debe contemplar la actuación coordinada de una terapia multimodal con técnicas multimétodo, con intervenciones multiprofesionales y con actuaciones pluridimensionales, tal y como se recogen en el gráfico 2



Hasta la fecha la prevención e intervención en los campos de la prevención de la obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han seguido caminos separados, programas de IC (Maganto, del Río y Roiz, 2002), programas de TCA o programas para la obesidad, pero comienzan a reconocerse los beneficios sumativos de programas que conjuguen ambos trastornos.

Los resultados contrastados sobre la eficacia de los programas preventivos no arroja resultados muy satisfactorios. Posiblemente esto se deba en parte a la focalización más individual-grupal de los programas, olvidando la dimensión escolar/ familiar/ comunitaria. No obstante se empiezan a publicar intervenciones integradoras en este sentido (Sánchez-Carracedo y López Guimerá, 2011).

7. CASO MARÍA: UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL Y OBESIDAD

7.1. DESCRIPCIÓN FAMILIAR

La mujer que se presenta en este caso clínico se llama María y tiene 30 años. Solicita un tratamiento terapéutico por problemas de autoestima, ansiedad y falta de control de impulsos. En las primeras entrevistas María habla de sus problemas y relata cómo ha sido su historia familiar y los problemas y tratamientos que ha tenido hasta el momento. Tras escucharla, se resume a continuación una síntesis de lo que ella explica.

Cuenta que su vida ha estado llena de altibajos desde la más tierna infancia, ya que sus padres, cuya relación era conflictiva, se divorciaron cuando tenía tres años, por lo que el padre abandonó el domicilio familiar.

Tras el divorcio, María se quedó viviendo con su madre y su hermana Tere, que era dos años menor que ella. La mala relación de sus padres se acentuó cada vez más, y fueron varias las ocasiones en las que María se vio envuelta en medio de tan conflictiva relación. Ella no recuerda en concreto qué ocurría, pero sí la tensión que tenía su madre cuando hablaba con su padre, o cuando venía a buscarla.

Según cuenta, su madre era una mujer emocionalmente inestable e impulsiva, con dificultades para establecer vínculos adecuados, algo que ha repercutido en la relación que mantiene con María, ya que dicha relación se asemejó más a la que pueden tener dos amigas que a una relación madre-hija. Trabajaba entre semana como limpiadora y los fines de semana en el sector de la hostelería. El padre era un hombre con dificultades para acatar e imponer normas, siempre ha mostrado cierto aire “pasota” y despreocupado. La relación que tenía con María cuando ésta era pequeña se define sobre todo por el juego, pero se desentendía en otros aspectos fundamentales de la crianza como la alimentación, la educación o la imposición de normas. Tenía problemas

para mantener un trabajo estable y pasó un gran periodo en paro durante la infancia de María, por lo que no pasaba el dinero estipulado de la manutención.

Su hermana Tere era despreocupada, delgada y divertida. Tenía amigas y sabía olvidarse pronto de los problemas y le gustaba ir al colegio, hablar con la gente y jugar a su aire. La madre prefería a su hermana que a ella, y eso, dice María, era muy evidente, lo veía todo el mundo. La relación con su hermana era algo conflictiva, aunque no tanto como la relación que mantenía con su madre. Dicha relación se caracteriza por el carácter inestable de María, lo que le daba un tinte de ambivalencia, de amor-odio a la relación. En ocasiones, María se enfadaba mucho con su hermana pequeña, pero en otras, también era capaz de compartir momentos agradables con ella.

Ella se define como impulsiva, incapaz de terminar las tareas que comenzaba y agresiva, sobre todo en la relación con su madre. Algunos de estos rasgos eran ya evidentes en el colegio, ya que los profesores comentaban que a la hora de hacer ejercicios escribía lo primero que se le ocurría, sin detenerse a pensar, o tenía varios conflictos con los compañeros de clase a la hora de jugar. En cuanto al rendimiento académico, nunca ha sido especialmente bueno, siempre ha obtenido notas que estaban más bien cerca del aprobado. A pesar de ello, manifestaba deseos de estudiar una carrera universitaria como derecho, medicina... cosa que no era congruente con su rendimiento académico. Ha tenido periodos de estar obesa y de estar delgada, su cuerpo le parece fofo y no le gusta. A veces siente odio hacia él porque le da muchos problemas.

Su inconsistencia y su impulsividad repercutían a la hora de establecer vínculos afectivos, es decir, tenía dificultades a la hora de establecer relaciones de amistad duraderas. También repercutía en ello su inestabilidad emocional, ya que cambiaba de humor de manera abrupta; un pequeño detalle o imprevisto podía hacer que se desestabilizara emocionalmente. Por otro lado, también presentaba baja tolerancia a la frustración, mostrando reacciones verbales agresivas cuando no conseguía lo que quería y manifestaba grandes accesos de ira si se le contradecía, a pesar de que luego se sentía mal por haberse puesto así.

Cuando llegó a la pubertad, María recuerda que se veía sometida a un gran estado de ansiedad debido por un lado, a la mala relación que mantenía con su madre, y por el

otro, a la mala relación que los padres mantenían entre sí y de la cual hacían partícipe a María. En esta situación, María comenzó a encontrar consuelo en la comida, ingiriéndola de manera compulsiva y en un corto espacio de tiempo.

En cuanto a su estado físico, siempre fue una niña con un peso normal, hasta aproximadamente los 12 años, edad en la que comienza a padecer sobrepeso. Debido a este hecho, sus compañeras de clase comenzaron a meterse con ella y empezaron a llamarla “gorda”, “foca” y otros apelativos similares, que contribuían a que la autoestima de María se viera dañada. De tal manera que comenzó a sentirse insatisfecha con su imagen corporal y a vomitar después de cada atracón con el fin de disminuir de peso. Esto de vomitar se lo aconsejó una amiga, diciéndole que era lo mejor “para no engordar” si se ponía nerviosa y le daba por comer. A veces no quería salir de casa porque le parecía que todo el mundo miraba su cuerpo, sabía que los demás la rechazaban por esto, y sin embargo no podría controlar el ansia de comer.

Su impulsividad no sólo le llevó a comer y vomitar de manera compulsiva, sino que comenzó a llevar a cabo conductas precoces: a los 13 años comenzó a fumar de forma exagerada y a los 15 empezó a tener relaciones sexuales. De este modo, dice, conseguía afecto de alguien.

Un año más tarde, cuando tenía 16 años, su madre se da cuenta de la sintomatología alimentaria de María, pasan una época de tensión a cuenta de la comida y de los vómitos, por lo que decide acudir a la consulta del médico de atención primaria.

7.2. MOTIVO DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN (16 AÑOS)

María explica que su madre y ella acudieron al médico, donde su madre le mostró al doctor su preocupación debido a que escuchó cómo vomitaba, y temía que pudiera tener algún problema con la comida. María le contó que llevaba unos tres años dándose atracones y vomitando tras los mismos, con una frecuencia de 7-9 veces por semana.

Tras la consulta, el médico decidió derivar a María a un centro de salud mental para que hicieran una valoración de su caso. Al cabo de un mes, María y su madre acudieron a la consulta de un psicólogo de salud mental de un hospital infantil para que

realizara dicha valoración. En dicha entrevista, tanto María como su madre, le contaron lo ocurrido al psicólogo, primero simultáneamente y después por separado, momento en el que la paciente aprovechó para informar acerca de su promiscuidad sexual.

Teniendo en cuenta dicha promiscuidad, el carácter impulsivo de María, la frecuencia de los vómitos y atracones, y su insatisfacción corporal, el psicólogo creyó conveniente su ingreso con el fin de ayudarla a que adquiriera un control tanto alimentario como conductual, supervisada por profesionales que ayudaran a orientar el caso. La madre, consideró que era buena idea y a pesar de la oposición inicial de María, ésta accedió al ingreso.

El primer día de estancia, María nos cuenta que se mostró muy molesta, ya que tenía que acatar las normas del hospital, entre las cuales se encuentra la prohibición de piercings.

7.3. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Cuenta María que en sus primeros días de ingreso, fue atendida por una psicóloga a fin de realizar una evaluación de caso. Se registraron medidas de frecuencia cardíaca, temperatura corporal y una analítica de sangre. El informe psicológico que le realizaron se basó en las entrevistas clínicas y en la aplicación de los siguientes instrumentos de evaluación:

- 1) Medidas de peso y altura.
- 2) El test de Siluetas para adolescentes (TSA).
- 3) El inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria /Eating Disorders Inventory (EDI-2).
- 4) El test de Bulimia de Edimburgo /Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE).
- 5) Cuestionario sobre la Forma Corporal /Body Shape Questionnaire (BSQ).
- 6) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo/State-Trait Anxiety Inventory (STAI).
- 7) Inventario de Depresión de Beck /Beck Depression Inventory (BDI).
- 8) Cuestionario de 90 Síntomas /Symptom Check List-90-R (SCL-90-R).

Se presentan los gráficos de los resultados más destacables de dicha evaluación. Para observar las puntuaciones en los instrumentos de evaluación y comprobar respuestas en las que manifiesta su problemática se adjunto el Anexo 1 de la evaluación pretratamiento.

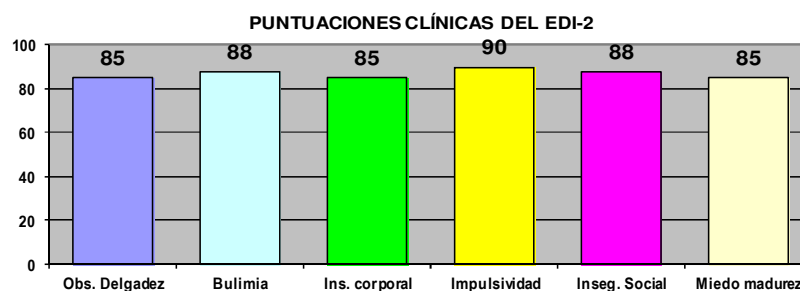
7.3.1 Resultados de la evaluación pre-tratamiento

En el Test de siluetas para adolescentes, que evalúa la imagen corporal, se ha visto:

- *Modelo estético corporal*: normalidad.
- *Insatisfacción con la imagen corporal* (diferencia entre cómo le gustaría estar y cómo se percibe): 3 figuras de diferencia indican insatisfacción infrecuente, lo que indica problemas de IC.
- *Distorsión de la imagen corporal* (diferencia entre cómo se percibe y cómo está en realidad): 2 figuras de diferencia es frecuente en adolescentes, pero indica una distorsión con la IC.
- *Presión parental*: presión materna para adelgazar.

En este test se evalúa los problemas de imagen corporal y el riesgo de TCA. Por los resultados obtenidos, podemos concluir que María presenta claramente un problema de imagen corporal, relacionado más con la insatisfacción corporal que con la distorsión.

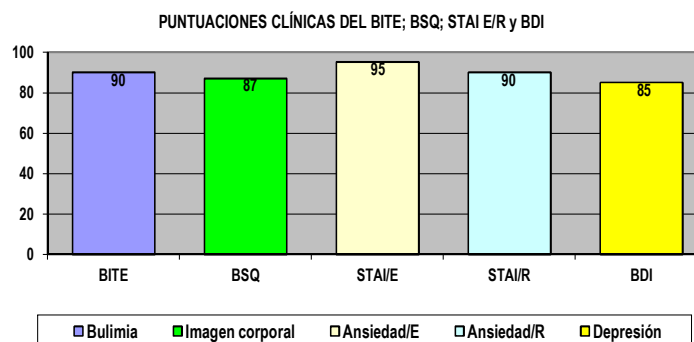
Gráfico 3. Resultados de Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2)



Las puntuaciones que presenta María en obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal confirman la existencia de un TCA y, en este caso, al ser elevada la puntuación en la subescala de bulimia, es este el diagnóstico más evidente. Recordemos que la obsesión por la delgadez se refiere a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar; la escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos y/o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables; y que la insatisfacción corporal mide la insatisfacción con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, etc.).

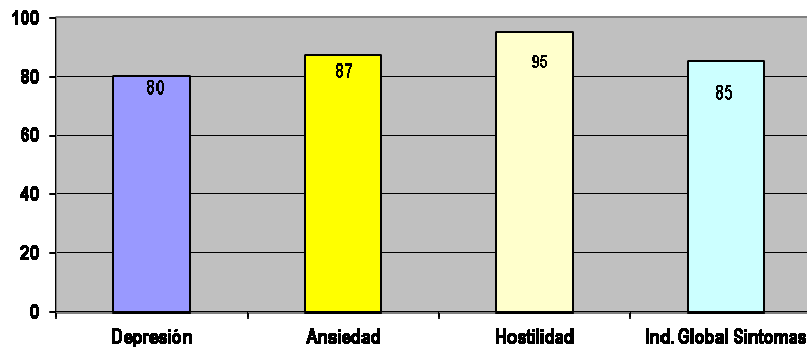
Además, se manifiesta acompañado por otras características clínicas que presenta esta adolescente, como son la elevada impulsividad, propia de la bulimia (dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales), la inseguridad social (creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad) y el miedo a la madurez (el deseo de volver a la seguridad de la infancia). Recordemos, que desde niña tenía dificultad para mantener vínculos y que es uno de los problemas que acontecen en su vida. Así pues, los resultados del EDI-2 son ilustrativos del problema por el que se ingresa a María.

Gráfico 4. Resultados del Cuestionario de la forma corporal (BSQ), Test de Bulimia de Edinburgh (BITE), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI)



Los resultados de las diferentes pruebas aplicadas a María permiten confirmar que el problema bulímico es evidente, obteniendo una puntuación claramente definitiva de este trastorno (BITE. Test de bulimia de Edimburgo). Además, el cuestionario de la forma corporal (BSQ) también ratifica el problema de IC al presentar ideación cognitiva de clara insatisfacción corporal, relacionada con sentirse gorda, incluso más obesa de lo que está. En los cuestionarios de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (STAI/E y STAI/R) y en el cuestionario de depresión (BDI), las puntuaciones próximas o superiores al centil 85 indican la posible comorbilidad con estos trastornos.

Gráfico 5. Resultados del SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas.
PUNTUACIONES CLÍNICAS EN EL SCL-90-R



En el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) hay dos subescalas con puntuaciones destacadas, como son la ansiedad y la hostilidad, confirmando los problemas ya detectados en anteriores instrumentos de evaluación y en las entrevistas. . La depresión, aunque sin alcanzar valores significativos (superiores al centil 85) indican que María tiene ideaciones depresivas con relativa frecuencia e intensidad. Así mismo, el Índice global de Síntomas sugiere una problemática psicopatológica que debe ser tomada en consideración.

Tras la evaluación realizada, se le diagnosticó un trastorno de conducta alimenticia de tipo bulimia nerviosa, problemas de insatisfacción y distorsión con la imagen corporal y un trastorno de comorbilidad ansiosa e impulsividad.

Durante su ingreso, la conducta de María fue la siguiente:

Las pacientes ingresadas tenían en su mayoría anorexia nerviosa restrictiva, por lo que su IMC era mucho menor que el de María, que era de 25. Al estar mucho más delgadas que ella, comenzó a sentir envidia y comenzó a imitar las conductas restrictivas del resto de compañeras, aunque dicha conducta sólo duró dos semanas, ya que la impulsividad y falta de constancia que la caracterizaban, hizo que fuera imposible poder llevar a cabo dicho tipo de conducta alimentaria durante más tiempo.

Teniendo en cuenta el sobrepeso de María, se le impuso una dieta de 1500 kcal diarias repartida en cuatro comidas (desayuno, comida, merienda y cena) y a la 3ª semana de hospitalización, se le dio la posibilidad de realizar una tabla de ejercicios. Esto le agradó porque pensó que sería un modo de mejorar su imagen corporal.

Además de seguir un programa de control alimentario (a través de la dieta impuesta en el hospital), María acudió a las terapias de grupo del hospital, donde podía expresar sus emociones e ir adquiriendo las claves necesarias para reconducir su conducta.

Durante las primeras sesiones de trabajo terapéutico mantuvo una actitud oposicionista y desafiante, se negaba a participar en las terapias, contestando con monosílabos y descargando dicha agresividad en el terapeuta. Poco a poco, y gracias en parte a la identificación con otra compañera con bulimia, comenzó a reflexionar acerca del porqué de sus atracones y los vómitos que seguían a los mismo. Comenzó a indagar en los conflictos familiares y a buscar la razón de ser de su patología en ellos. Una de las conclusiones a las que llegó, es que comenzó a atracarse para aliviar la ansiedad que sentía y como forma de llenar algunos vacíos emocionales, utilizando la comida como sustituto del vínculo que le hubiera gustado tener con su madre y no tuvo.

Logró progresivamente dejar la impulsividad en la alimentación y procedió a comer más pausadamente y de forma más regular. Con el tiempo, logró aceptar las orientaciones que le daban los psicólogos del hospital, consiguiendo mejorar levemente la relación con su madre y retomando el interés por los estudios. Al adelgazar comenzó a sentirse mejor con su cuerpo y a utilizar ropa más moderna. Se miraba al espejo sin

odiarse y consiguió hacer una readaptación a su vida normal desde el hospital, siendo dada de alta aproximadamente a las siete semanas de su ingreso.

7.3.2. Trabajo terapéutico en la primera etapa:

El trabajo terapéutico que se ha realizado con María durante este tiempo ha sido el siguiente:

En esta primera etapa (ingreso a los 16 años) se centró en la reeducación alimentaria y en la identificación y elaboración de las emociones asociadas a la patología alimentaria. En esta etapa, los objetivos y las técnicas terapéuticas fueron:

Objetivos terapéuticos	Técnicas terapéuticas
Reeducación alimentaria.	Dieta calórica saludable. Aprendizaje gradual. Programa de extinción del vómito.
Adquisición de normas.	Registros de cumplimientos normativos. Refuerzos contingentes.
Reducción de la compulsión ansiosa.	Planes de refuerzo. Relajación. Fármacos ansiolíticos.
Identificación de problemas.	Registros observacionales: pensamiento/sentimiento/conducta.
Mejora de la imagen corporal.	Técnica de feedback. Técnicas de aceptación corporal. Autoestima física.
Mejora de las relaciones familiares	Asesoramiento familiar: Información sobre tratamiento y evolución. Comprensión de la enfermedad y del tratamiento. Reducción de ansiedad y culpa ante la enfermedad. Sesiones de terapia familiar: madre e hijas.

7.4. TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO

Tras el alta hospitalaria, después de 10 semanas de ingreso, y a lo largo de dos años, acudió a un grupo terapéutico de bulimia llevado a cabo en el hospital en el que podía expresar sus emociones y preocupaciones, y en el que se le dio la oportunidad de identificarse con otras personas que se encontraban en una situación similar.

En esta segunda etapa (terapia de grupo) trabajó la expresión de sus emociones, las distorsiones cognitivas en relación a sus preocupaciones, mejoró las habilidades sociales al poder identificarse con otras personas que se encontraban en una situación similar y aprendió a compartir sus experiencias y a valerse de las vivencias de las demás para solucionar sus problemas. Afianzó un patrón alimentario saludable, de rutinas horarias más estables y mejoró el control de la voracidad y de las conductas purgativas. Aprendió a compartir sus experiencias y a valerse de las vivencias de las demás para solucionar sus problemas. A los 18 años continuó con sus estudios y, tras iniciar y abandonar un módulo de grado superior, logró terminar un módulo de educación infantil tres años más tarde.

Los objetivos terapéuticos y las técnicas que se utilizaron durante este periodo fueron las siguientes:

Objetivos terapéuticos	Técnicas terapéuticas
Afianzamiento del patrón alimentario y evitación de conductas de purgación.	Seguimiento de la dieta saludable y refuerzo positivo de contingencias. Medicación ansiolítica. Relajación.
Mejora de la imagen corporal.	Técnicas de reflejo en el espejo. Trabajo con autoestima física, social y académica.
Expresión de emociones.	Participación en los role-playing del grupo terapéutico. Habilidades sociales de expresión de emociones.
Reducir las preocupaciones ansiosas.	Identificación y modificación de distorsiones cognitivas. Pensamientos automáticos. Prevención de recaídas.
Mejora de la conducta social con iguales.	Talleres de habilidades sociales. Manejo de situaciones.

7.4.1. Evaluación post-tratamiento:

El siguiente gráfico ilustra las puntuaciones que presentó la paciente tras el tratamiento en el test de bulimia (BITE), en el cuestionario de la forma corporal (BSQ), en el de ansiedad estado-rasgo (STAI), en el de depresión (BDI) y en la subescala de impulsividad (EDI-2). (Ver anexo de evaluación post-tratamiento).

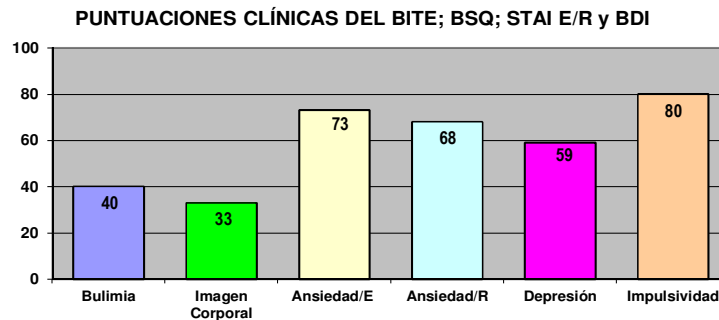


Gráfico 6. Puntuaciones clínicas post-tratamiento

Tras este periodo de intervención terapéutica, la paciente mejoró en los aspectos más relevantes de su problema, especialmente su IC y la bulimia, aunque el nivel de impulsividad se mantenía en una puntuación comprometida. A los 22 años consiguió un trabajo en una guardería y empezó a mantener una relación seria con un chico. Esta relación duró poco y fue seguida de otra relación que duró hasta los 25 años. Seguía viviendo en el domicilio familiar, pero con bastante independencia y con mejor relación con su madre. Fueron 4 años relativamente tranquilos.

Sin embargo, aunque la sintomatología alimentaria se atenuó considerablemente, seguía siendo emocionalmente inestable y agresiva, lo que llevó a la ruptura con su pareja, provocando una situación de crisis en la que se dieron episodios esporádicos de atracones y vómitos, predominando una actividad sexual promiscua. Por esta razón, a los 30 años, piensa que necesita una terapia y solicita una consulta en el momento presente.

7.4.2. Solicitud de tratamiento psicológico por parte de María

Cuando María se presenta en la consulta y narra los hechos precedentes, se le ve con un peso adecuado, un nivel alto de ansiedad e impulsividad. Reconoce que algunas de las situaciones que ha vivido desde niña le han podido llevar a no querer pensar y evitar el tema de las relaciones. La promiscuidad se le presenta como pensamientos que le invaden y quiere evitar, y a su vez siente que en ocasiones lo desea compulsivamente. Quiere iniciar una psicoterapia en relación a la sintomatología evitativa y ansioso-

compulsiva para adquirir pautas de control de impulsos y aprender técnicas de relajación. Se le propone un tratamiento que dura año y medio, y que le ha servido para mejorar estos problemas de impulsividad, hostilidad y ansiedad.

Actualmente, con 30 años, la sintomatología de TCA ha desaparecido casi por completo, siendo más evidentes los periodos esporádicos de ansiedad-compulsión en momentos de crisis. A pesar de ello, mantiene su trabajo en la guardería y es capaz de vivir sola sin recurrir al ámbito familiar ni a la promiscuidad sexual.

En esta tercera etapa, el tratamiento se ha enmarcado dentro de la terapia de aceptación y compromiso, en la adquisición de habilidades en la regulación de la impulsividad/compulsividad y de técnicas de relajación que han contribuido a la atenuación del nivel de ansiedad. Ha sido una etapa no siempre fácil, con avances y retrocesos, siendo muy consciente de que esta problemática evitativa y de impulsividad/compulsividad ha sido el problema que ha estado en la base de todos los que ha presentado hasta el momento. Esta toma de conciencia, o insight, con su problemática de fondo ha hecho que la adhesión al tratamiento haya sido muy positiva y que el cambio terapéutico haya sido notable. También ha contribuido a ello comprobar su dificultad para mantener los vínculos emocionales, lo que le ha motivado a tener un cumplimiento terapéutico encomiable.

El trabajo terapéutico que se ha realizado con la paciente se ha basado en el modelo cognitivo de tercera generación “terapia de aceptación y compromiso”, los objetivos terapéuticos y las técnicas que se han preferenciado durante este periodo han sido las siguientes:

Objetivos terapéuticos	Técnicas terapéuticas
Definición de los valores vitales.	Selección de los valores que guían y conducen la vida. Metáfora de la brújula. Metáfora del jardín. Aceptar lo que no puede cambiarse. Trabajar con el compromiso de cambio.
Generar flexibilidad ante eventos evitados por molestos.	Aceptar las situaciones evitadas mentalmente dentro del compromiso con los valores. Actuar plenamente consciente del momento presente.

Distanciamiento de las situaciones evitadas (Defusión).	Desliteralizar (diferenciar palabra y función) Situación de los hechos en el "yo-contexto". Tomar perspectiva ("el aquí y el allí") de las situaciones temidas y evitadas.
Trabajar la "desesperanza creativa".	Metáfora de las arenas movedizas.
Regulación emocional y conductual.	Metáfora de "regulación" traídas por la propia paciente.
Relajación.	Técnicas de control de la respiración. Relajación. Técnicas de mindfulness.

Síntesis:

Tras haber leído este caso, se puede identificar, por una parte, la importancia del establecimiento de vínculos estables desde la más temprana infancia con las principales figuras de apego (la madre y el padre). Precisamente es éste uno de los factores que van a contribuir a que las relaciones que el individuo posteriormente establezca con los iguales, pareja y otras personas sean adaptativas y estables. No sólo eso, sino que los vínculos estables de apego, proveen al individuo de seguridad en sí mismo, tanto en las relaciones con los demás como en la elección de pareja y en la realización de diversas tareas. Además, un buen vínculo de apego también fomenta el sentimiento de aceptación personal, los sentimientos de ser valiosos para uno mismo y para los demás, fomentando de esta forma la autoestima.

Esto último, una buena autoestima, y concretamente, sentirse querido, previenen conductas como las que se acaban de ver, por ejemplo los atracones. De hecho, la comida se utiliza en ocasiones como sustitutivo de las carencias afectivas, convirtiéndose en ocasiones en la principal fuente de bienestar de la persona, lo que podría desembocar en un TCA o bien en sobrepeso/obesidad.

Ligado a esto, es elemental la adquisición de hábitos alimentarios saludables (comer de forma variada, en un horario similar cada día, con una frecuencia aproximada de 5 veces al día...), la realización de ejercicio físico saludable, y respeto a las horas de sueño recomendadas.

Por otra parte, es importante el entorno en el que se vive. En este caso se ve cómo un entorno familiar hostil puede favorecer conductas agresivas en los individuos de dicha

familia, sobre todo en los niños, que tienden a imitar las conductas que observan en sus padres. Algo que dificultará el establecimiento de relaciones con otros individuos, tal y como ocurre en el caso.

Junto a esto, cabe destacar la relevancia de los patrones de crianza parentales. La importancia de que los progenitores establezcan normas claras a sus hijos, de tal forma que puedan desarrollar la tolerancia a la frustración, es decir, aprender y aceptar que las cosas no siempre son como uno desea, algo que ocurre con mucha frecuencia a lo largo de la vida. Además, el establecimiento de normas, también contribuye a regular la conducta desde la infancia, ayudando a desarrollar patrones conductuales adaptativos.

ANEXO 1 DEL CASO MARÍA: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. En cada frase, contesta si lo que se dice te ocurre, y pon una X en la casilla correspondiente.

0. Nunca; 1. Pocas veces; 2. A veces; 3. A menudo; 4. Casi siempre; 5. Siempre

	0	1	2	3	4	5
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
2. Creo que mi estomago es demasiado grande	☐	☐	☐	☐	☐	☒
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	☐	☒	☐	☐	☐	☐
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	☐	☐	☐	☐	☐	☒
5. Suelo hartarme de comida	☐	☐	☐	☐	☒	☐
6. Me gustaría ser más joven	☐	☒	☐	☐	☐	☐
7. Pienso en ponerme a dieta	☐	☐	☐	☒	☐	☐
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	☐	☐	☒	☐	☐	☐
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	☐	☐	☐	☐	☐	☒
10. Me considero una persona poco eficaz	☐	☐	☐	☒	☐	☐
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	☐	☐	☐	☐	☐	☒
12. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado	☒	☐	☐	☐	☐	☐
13. En mi familia sólo consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	☐	☒	☐	☐	☐	☐
14. La infancia es la época más feliz de la vida	☐	☐	☒	☐	☐	☐
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	☐	☐	☐	☒	☐	☐
16. Me aterroriza la idea de engordar	☐	☐	☐	☐	☐	☒
17. Confío en los demás	☐	☒	☐	☐	☐	☐
18. Me siento solo en el mundo	☐	☐	☐	☐	☒	☐
19. Me siento satisfecho con mi figura	☒	☐	☐	☐	☐	☐
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	☐	☒	☐	☐	☐	☐
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	☐	☐	☒	☐	☐	☐
22. Preferiría ser adulto a ser niño	☐	☐	☐	☐	☒	☐
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	☐	☐	☒	☐	☐	☐
24. Me gustaría ser otra persona	☐	☐	☐	☐	☒	☐

	0	1	2	3	4	5
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	☐	☒	☐	☐	☐	☐
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	☐	☐	☒	☐	☐	☐
27. Me siento incapaz	☐	☐	☐	☐	☒	☐
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	☐	☐	☐	☐	☒	☐
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	☐	☐	☒	☐	☐	☐
30. Tengo amigos íntimos	☐	☒	☐	☐	☐	☐
31. Me gusta la forma de mi trasero	☒	☐	☐	☐	☐	☐
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada	☐	☐	☐	☐	☐	☒
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	☐	☐	☒	☐	☐	☐
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	☐	☐	☒	☐	☐	☐
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	☐	☐	☒	☐	☐	☐
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	☐	☐	☒	☐	☐	☐
37. Me siento seguro de mí mismo	☐	☒	☐	☐	☐	☐
38. Suelo pensar en darme un atracón	☐	☐	☐	☐	☒	☐
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	☐	☐	☐	☐	☒	☐
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no	☐	☐	☐	☒	☐	☐
41. Tengo mala opinión de mí	☐	☐	☐	☐	☐	☒
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	☐	☒	☐	☐	☐	☐
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	☐	☐	☒	☐	☐	☐
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	☐	☐	☐	☒	☐	☐
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	☐	☐	☐	☐	☐	☒
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	☐	☐	☐	☐	☒	☐
47. Me siento hinchado después de una comida normal	☐	☐	☒	☐	☐	☐
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	☐	☐	☒	☐	☐	☐
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	☐	☐	☐	☒	☐	☐
50. Me considero una persona valiosa	☒	☐	☐	☐	☐	☐
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	☐	☒	☐	☐	☐	☐
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	☐	☒	☐	☐	☐	☐
53. Pienso en vomitar para perder peso	☐	☐	☐	☐	☐	☒
54. Necesito tener cierta distancia con la gente; me siento mal cuando alguien se acerca demasiado	☐	☐	☒	☐	☐	☐
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	☒	☐	☐	☐	☐	☐

	0	1	2	3	4	5
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	☐	☐	☒	☐	☐	☐
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	☐	☐	☒	☐	☐	☐
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	☐	☐	☒	☐	☐	☐
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	☐	☐	☐	☒	☐	☐
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	☐	☐	☒	☐	☐	☐
61. Como o bebo a escondidas	☐	☐	☐	☐	☐	☒
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	☒	☐	☐	☐	☐	☐
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	☐	☒	☐	☐	☐	☐
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	☐	☐	☐	☒	☐	☐
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	☐	☐	☐	☒	☐	☐
66. Me avergüenzo de mis debilidades	☐	☐	☐	☐	☐	☒
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	☐	☐	☐	☐	☐	☒
68. Me gustaría tener control total sobre mis necesidades corporales	☐	☐	☐	☐	☐	☒
69. Suelo sentirme a gusto en gran parte de las situaciones de grupo	☐	☒	☐	☐	☐	☐
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	☐	☐	☐	☒	☐	☐
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	☐	☒	☐	☐	☐	☐
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	☐	☒	☐	☐	☐	☐
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente	☐	☐	☒	☐	☐	☐
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	☐	☐	☒	☐	☐	☐
75. El sacrificio hace que me sienta más fuerte espiritualmente	☐	☒	☐	☐	☐	☐
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	☒	☐	☐	☐	☐	☐
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	☐	☐	☒	☐	☐	☐
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	☐	☒	☐	☐	☐	☐
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	☐	☐	☐	☒	☐	☐
80. Creo que la gente confía en mi tanto como merezco	☒	☐	☐	☐	☐	☐
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	☐	☒	☐	☐	☐	☐
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	☒	☐	☐	☐	☐	☐
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	☐	☐	☐	☐	☐	☒
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	☐	☐	☐	☐	☐	☒
85. Tengo cambios de humor bruscos	☐	☐	☐	☐	☐	☒
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	☐	☐	☒	☐	☐	☐
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	☐	☐	☒	☐	☐	☐

	0	1	2	3	4	5
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	☒	☐	☐	☐	☐	☐
89. Sé que la gente me aprecia	☐	☒	☐	☐	☐	☐
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo	☐	☐	☐	☐	☒	☐
91. Creo que realmente sé quién soy	☐	☐	☐	☐	☒	☐

TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BITE)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y marque con una equis la respuesta elegida.

AFIRMACIONES	SÍ	NO
1.- ¿Tiene costumbres regulares en su alimentación diaria?		X
2.- ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?		X
3.- ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	X	
4.- ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando está a régimen?		X
5.- ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?		X
6.- Si la respuesta a la anterior pregunta es SÍ, ¿Con qué frecuencia?	FRECUENCIA	
	Días alternos	
	2-3 veces/semana	
	Un día/semana	
	Alguna vez	
7.- ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?		
MÉTODO	Nunca (0)	Raramente (2)
		1 vez semana (3)
		2-3 veces semana (4)
		Diaria-mente (5)
		2-3 veces/día (6)
Pastillas para adelgazar		X
Diuréticos	X	
Laxantes	X	
Provocar el vómito		X
8.- ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	X	
9.- ¿Cree Vd. que la comida "domina" su vida?	X	
10.- ¿Le ha ocurrido alguna vez, "comer y comer" hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	X	

AFIRMACIONES	SÍ	NO
11.- ¿Existen momentos en los cuales "sólo" puede pensar en comida?	X	
12.- ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	X	
13.- ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?		X
14.- ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de "comer, comer y comer"?	X	
15.- ¿Cuando se siente ansioso tiene tendencia a comer demasiado?	X	
16.- ¿La idea de engordar le aterroriza?	X	
17.- ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento rápidamente? (fuera de las horas de comida)	X	
18.- ¿Se siente avergonzado de sus hábitos alimentarios?	X	
19.- ¿Le preocupa no tener control sobre "cuánto" come?	X	
20.- ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	X	
21.- ¿Es Vd. capaz de dejar comida para sentirse bien?		X
22.- ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	X	
23.- ¿Se corresponde la sensación de hambre que Vd. tiene, con lo que come?		X
24.- ¿Se da alguna vez "atracones" de grandes cantidades de comida?	X	
25.- Si ha contestado que sí a la anterior pregunta, cuando termina de "atracarse" ¿se siente Vd. miserable?	X	
26.- ¿Se da Vd. "atracones" únicamente cuando está sólo?	X	
27.- ¿Con qué frecuencia ocurren estos "atracones"?	FRECUENCIA	
	Raramente (1)	
	Una vez /mes (2)	
	Una vez/semana (3)	
	2-3 veces/semana (4)	
	Diariamente (5)	
	2-3 veces/día (6)	
28.- ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del "atacón"?	X	
29.- Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	X	
30.- ¿Come alguna vez en secreto?	X	
31.- ¿Cree Vd. que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?		X
32.- ¿Se considera a sí mismo un comedor "compulsivo"? (no puede evitarlo)?	X	
33.- ¿Varía su peso en más de 2 kg a la semana?		X

CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL/ BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

En el siguiente cuestionario se presentan una serie de preguntas. Léalas atentamente y conteste marcando una equis en la opción que mejor satisfaga su respuesta teniendo en cuenta la siguiente escala: A = nunca, B = raramente, C = alguna vez, D = a menudo, E = muy a menudo, F = siempre.

	A	B	C	D	E	F
1.- ¿Se sintió enfadado al hacer examen sobre su figura?					X	
2.- ¿Se sintió tan preocupado por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?						X
3.- ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?						X
4.- ¿Sintió temor a volverse gorda o engordar?						X
5.- ¿Se sintió preocupado porque su carne no era lo bastante firme?					X	
6.- ¿La sensación de plenitud, por ejemplo, después de una comida abundante, le hizo sentirse gordo?					X	
7.- ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?			X			
8.- ¿Evitó el correr a causa de que su carne podría tambalearse?		X				
9.- ¿El hecho de estar junto a una persona delgada le hizo tomar conciencia sobre su figura?					X	
10.- ¿Se sintió preocupado sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?				X		
11.- ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?			X			
12.- ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?						X
13.- ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse por ejemplo, mientras veía la TV, leía o escuchaba una conversación?					X	
14.- ¿El estar desnuda, por ejemplo, tomar un baño, le hizo sentirse gorda?						X
15.- ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?					X	
16.- ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?				X		
17.- ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?						X
18.- ¿No asistió a reuniones sociales por ejemplo, fiestas a causa de que se sintió mal con su figura?			X			
19.- ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?						X
20.- ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?						X
21.- ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?				X		
22.- ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío, por ejemplo, por la mañana?		X				

	A	B	C	D	E	F
23.- ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?						X
24.- ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?					X	
25.- ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?					X	
26.- ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?					X	
27.- ¿En compañía de otras personas se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio por ejemplo, sentada en un sofá o en el asiento del autobús?					X	
28.- ¿Se sintió preocupada por el hecho de que se le formen hoyuelos en la piel?			X			
29.- ¿El verse reflejada por ejemplo, en un espejo o en un escaparate le hizo sentirse mal con su figura?					X	
30.- ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa contiene?			X			
31.- ¿Evitó situaciones donde otras personas podría haber visto su cuerpo por ejemplo, vestuarios comunitarios o piscinas?				X		
32.- ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?	X					
33.- ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?					X	
34.- ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?					X	

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala la puntuación que indique cómo TE SIENTES AHORA MISMO. No hay respuestas buenas ni malas, solo contesta señalando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	X	1	2	3
2. Me siento seguro	0	X	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	X
4. Estoy contrariado	0	1	X	3
5. Me siento cómodo	X	1	2	3
6. Me siento alterado (irritado)	0	1	2	X
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	X	2	3
8. Me siento descansado	X	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	X
10. Me siento confortable	X	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	X	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	X

13. Estoy desasosegado (intranquilo)	0	1	2	X
14. Me siento muy atado (limitado, forzado)	0	X	2	3
15. Estoy relajado	X	1	2	3
16. Me siento satisfecho	X	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	X	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	X
19. Me siento alegre	X	1	2	3
20. En este momento me siento bien	X	1	2	3

A continuación señala la puntuación que indique como TE SIENTES EN GENERAL. No hay respuestas buenas ni malas, solo contesta señalando la respuesta que mejor describa como Te sientes habitualmente.

CÓMO TE SIENTES EN GENERAL	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	X	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	X	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	X	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	X	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	X	3
6. Me siento descansado	X	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	X	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	X	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	X	3
10. Soy feliz	X	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	X	3
12. Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	X
13. Me siento seguro	X	1	2	3
14. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	X	3
15. Me siento triste	0	1	2	X
16. Estoy satisfecho	X	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	X	3
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	X	3
19. Soy una persona estable	X	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	X

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-I (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Marque con una equis la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

Ítem	RESPUESTA	X
1	0.- No me siento triste	
	1.- Me siento triste	
	2.- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	X
	3.- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	
2	0.- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	
	1.- Me siento desanimado de cara al futuro	
	2.- Siento que no hay nada por lo que luchar	X
	3.- Soy un fracaso total como persona	
3	0.- No me siento como un fracasado	
	1.- He fracasado más que la mayoría de las personas	
	2.- Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro	X
	3.- Soy un fracaso total como persona	
4	0.- Las cosas me satisfacen tanto como antes	
	1.- No disfruto de las cosas tanto como antes	
	2.- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas	X
	3.- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	
5	0.- No me siento especialmente culpable	
	1.- Me siento culpable en bastantes ocasiones	
	2.- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	
	3.- Me siento culpable constantemente	X
6	0.- No creo que esté siendo castigado	X
	1.- Siento que quizá esté siendo castigado	
	2.- Espero ser castigado	
	3.- Siento que estoy siendo castigado	
7	0.- No estoy descontento de mí mismo	
	1.- Estoy descontento de mí mismo	
	2.- Estoy a disgusto conmigo mismo	
	3.- Me detesto	X

Ítem	RESPUESTA	X
8	0.- No me considero peor que cualquier otro	
	1.- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores	
	2.- Continuamente me culpo por mis faltas	
	3.- Me culpo por todo lo malo que sucede	X
9	0.- No tengo ningún pensamiento de suicidio	
	1.- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré	
	2.- Desearía poner fin a mi vida	
	3.- Me suicidaría si tuviese oportunidad	X
10	0.- No lloro más de lo normal	
	1.- Ahora lloro más que antes	
	2.- Lloro continuamente	
	3.- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	X
11	0.- No estoy especialmente irritado	
	1.- Me molesto o irrito más fácilmente que antes	
	2.- Me siento irritado continuamente	X
	3.- Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	
12	0.- No he perdido el interés por los demás	
	1.- Estoy menos interesado en los demás que antes	
	2.- He perdido gran parte de interés por los demás	X
	3.- He perdido todo interés por los demás	
13	0.- Tomo mis propias decisiones igual que antes	
	1.- Evito tomar decisiones más que antes	
	2.- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	X
	3.- Me es imposible tomar decisiones	
14	0.- No creo tener peor aspecto que antes	
	1.- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	
	2.- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	
	3.- Creo que tengo un aspecto horrible	X
15	0.- Trabajo igual que antes	
	1.- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	
	2.- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	X
	3.- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	
16	0.- Duermo tan bien como antes	
	1.- No duermo tan bien como antes	X
	2.- Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir	

Ítem	RESPUESTA	X
	3.- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puede volverme a dormir	
17	0.- No me siento más cansado de lo normal	
	1.- Me canso más que antes	
	2.- Me canso en cuanto hago cualquier cosa	X
	3.- Estoy demasiado cansado para hacer nada	
18	0.- Mi apetito no ha disminuido	X
	1.- No tengo tan buen apetito como antes	
	2.- Ahora tengo mucho menos apetito	
	3.- He perdido completamente el apetito	
19	0.- No he perdido peso últimamente	X
	1.- He perdido más de 2 kg	
	2.- He perdido más de 4 kg	
	3.- He perdido más de 7 kg	
20	0.- No estoy preocupado por mi salud	X
	1.- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros	
	2.- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	
	3.- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	
21	0.- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	X
	1.- La relación sexual me atrae menos que antes	
	2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	
	3.- He perdido totalmente el interés sexual	

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS REVISADO (SCL-90-R)

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco posibilidades de respuesta: nada-muy poco-poco-bastante-mucho. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1.-Dolores de cabeza				X	
2.-Nerviosismo o agitación interior					X
3.- Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le				X	

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
van de su mente					
4.-Sensaciones de desmayo o mareo		X			
5.-Pérdida del deseo o del placer sexual	X				
6.- El hecho de juzgar a otras personas crítica o negativamente				X	
7.- La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	X				
8.-La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás			X		
9.- Dificultad para recordar las cosas				X	
10.-Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización		X			
11.-Sentirse fácilmente irritado o enfadado					X
12.-Dolores en el corazón o en el pecho	X				
13.- Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle	X				
14.- Sentirse bajo de energías o decaído				X	
15.- Pensamientos o ideas de acabar con su vida					X
16.- Oír voces que otras personas no oyen	X				
17.- Temblores	X				
18.- La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas				X	
19.- Falta de apetito	X				
20.- Llorar fácilmente				X	
21.- Timidez o incomodidad con el sexo opuesto	X				
22.- La sensación de estar atrapado o como encerrado		X			
23.- Tener miedo de repente y sin razón	X				
24.- Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar					X
25.- Miedo a salir de casa solo	X				
26.- Culparse a sí mismo de lo que pasa					X
27.- Dolores en la parte baja de la		X			
28.- No poder terminar las cosas que empecé a hacer				X	
29.- Sentirse solo				X	
30.- Sentirse triste					X
31.- Preocuparse demasiado por las cosas		X			
32.- No sentir interés por las cosas			X		
33.- Sentirse temeroso			X		
34.- Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad				X	

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
35.- La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	X				
36.- La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso					X
37.- La impresión de que otras personas son poco amistosa o de que usted no les gusta					X
38.- Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien		X			
39.- Que el corazón palpita o vaya muy deprisa			X		
40.- Náuseas o malestar en el estómago					X
41.- Sentirse inferior a los demás					X
42.- Dolores musculares		X			
43.- Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted		X			
44.- Dificultad para conciliar el sueño				X	
45.- Tener que comprobar una y otra vez lo que hace	X				
46.- Encontrar difícil el tomar decisiones				X	
47.- Tener miedo a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	X				
48.- Dificultad para respirar		X			
49.- Sentir calor o frío de repente			X		
50.- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	X				
51.- Que se le quede la mente en blanco			X		
52.- Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	X				
53.- Sentir un nudo en la garganta				X	
54.- Sentirse desesperanzado con respecto al futuro				X	
55.- Tener dificultad para concentrarse				X	
56.- Sentirse débil en alguna parte del cuerpo		X			
57.- Sentirse tenso o agitado					X
58.- Pesadez en los brazos o en las piernas		X			
59.- Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir					X
60.- El comer demasiado					X
61.- Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla de usted				X	
62.- Tener pensamientos que no son suyos	X				
63.- Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien				X	
64.- Despertarse de madrugada			X		
65.- Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar,	X				

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
contar, lavar, etc.					
66.- Sueño inquieto y perturbado				X	
67.- Tener ganas de romper algo				X	
68.- Tener ideas o creencias que los demás no comparten				X	
69.- Sentirse muy cohibido entre otras personas		X			
70.- Sentirse incómodo entre mucha gente, por ej. en el cine, en las tiendas, etc.	X				
71.- Sentir que todo requiere un gran esfuerzo				X	
72.- Ataques de terror o pánico		X			
73.- Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público					X
74.- Tener discusiones frecuentes					X
75.- Sentirse nervioso cuando se encuentra solo				X	
76.- El que otros reconozcan adecuadamente sus logros	X				
77.- Sentirse solo aunque esté con más gente				X	
78.- Sentirse tan inquieto que no puede estar sentado tranquilo				X	
79.- La sensación de ser inútil o de no valer nada					X
80.- Presentimientos de que va a pasar algo malo				X	
81.- Gritar o tirar cosas				X	
82.- Tener miedo de desmayarse en público	X				
83.- La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara		X			
84.- Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	X				
85.- La idea de que debería ser castigado por sus pecados		X			
86.- Pensamientos o imágenes estremecedoras que le dan miedo	X				
87.- La idea de que algo va mal en el cuerpo				X	
88.- No sentirse cercano o íntimo con nadie				X	
89.- Sentimientos de culpabilidad					X
90.- La idea de que algo anda mal en su mente				X	

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO

TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BITE)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y marque con una equis la respuesta elegida.

AFIRMACIONES		SÍ	NO			
1.- ¿Tiene costumbres regulares en su alimentación diaria?		X				
2.- ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?			X			
3.- ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?		X				
4.- ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando está a régimen?		X				
5.- ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?			X			
6.- Si la respuesta a la anterior pregunta es SÍ, ¿Con qué frecuencia?		FRECUENCIA				
		Días alternos				
		2-3 veces/semana				
		Un día/semana				
		Alguna vez				
Una vez						
7.- ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?						
MÉTODO	Nunca (0)	Rara-mente (2)	1 vez/ Semana (3)	2-3 veces semana (4)	Diaria-mente (5)	2-3 veces/ Día (6)
Pastillas para adelgazar		X				
Diuréticos						
Laxantes						
Provocar el vómito		X				
8.- ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?						X
9.- ¿Cree Vd. que la comida "domina" su vida?						X
10.- ¿Le ha ocurrido alguna vez, "comer y comer" hasta que las molestias físicas le obligan a parar?					X	
11.- ¿Existen momentos en los cuales "sólo" puede pensar en comida?					X	
12.- ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?						X
13.- ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?						X
14.- ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de "comer, comer y comer"?					X	
15.- ¿Cuando se siente ansioso tiene tendencia a comer demasiado?						X
16.- ¿La idea de engordar le aterroriza?						X
17.- ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento rápidamente? (fuera de las horas de comida)						X

AFIRMACIONES	SÍ	NO
18.- ¿Se siente avergonzado de sus hábitos alimentarios?		X
19.- ¿Le preocupa no tener control sobre "cuánto" come?	X	
20.- ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?		X
21.- ¿Es Vd. capaz de dejar comida para sentirse bien?		X
22.- ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?		X
23.- ¿Se corresponde la sensación de hambre que Vd. tiene, con lo que come?	X	
24.- ¿Se da alguna vez "atracones" de grandes cantidades de comida?		X
25.- Si ha contestado que sí a la anterior pregunta, cuando termina de "atracarse" ¿se siente Vd. miserable?		
26.- ¿Se da Vd. "atracones" únicamente cuando está sólo?		X
27.- ¿Con qué frecuencia ocurren estos "atracones"?	FRECUENCIA	
	Raramente (1)	
	Una vez /mes (2)	
	Una vez/semana (3)	
	2-3 veces/semana (4)	
	Diariamente (5)	
	2-3 veces/día (6)	
28.- ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del "atacón"?		X
29.- Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	X	
30.- ¿Come alguna vez en secreto?		X
31.- ¿Cree Vd. que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	X	
32.- ¿Se considera a sí mismo un comedor "compulsivo"? (no puede evitarlo)?		X
33.- ¿Varía su peso en más de 2 kg a la semana?		X

CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL (BSQ)

En el siguiente cuestionario se presentan una serie de preguntas. Léalas atentamente y conteste marcando una equis en la opción que mejor satisfaga su respuesta teniendo en cuenta la siguiente escala: A = nunca, B = raramente, C = alguna vez, D = a menudo, E = muy a menudo, F = siempre.

	A	B	C	D	E	F
1.- ¿Se sintió enfadado al hacer examen sobre su figura?		X				
2.- ¿Se sintió tan preocupado por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?			X			
3.- ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?		X				

	A	B	C	D	E	F
4.- ¿Sintió temor a volverse gorda o engordar?		X				
5.- ¿Se sintió preocupado porque su carne no era lo bastante firme?			X			
6.- ¿La sensación de plenitud, por ejemplo, después de una comida abundante, le hizo sentirse gordo?			X			
7.- ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?	X					
8.- ¿Evitó el correr a causa de que su carne podría tambalearse?	X					
9.- ¿El hecho de estar junto a una persona delgada le hizo tomar conciencia sobre su figura?			X			
10.- ¿Se sintió preocupado sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?		X				
11.- ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?	X					
12.- ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?			X			
13.- ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse por ejemplo, mientras veía la TV, leía o escuchaba una conversación?		X				
14.- ¿El estar desnuda, por ejemplo, tomar un baño, le hizo sentirse gorda?		X				
15.- ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?		X				
16.- ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?	X					
17.- ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?			X			
18.- ¿No asistió a reuniones sociales por ejemplo, fiestas a causa de que se sintió mal con su figura?	X					
19.- ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?			X			
20.- ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?		X				
21.- ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?			X			
22.- ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío, por ejemplo, por la mañana?	X					
23.- ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?		X				
24.- ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?		X				
25.- ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?		X				
26.- ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?		X				
27.- ¿En compañía de otras personas se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio por ejemplo, sentada en un sofá o en el asiento del autobús?		X				
28.- ¿Se sintió preocupada por el hecho de que se le formen hoyuelos en la piel?		X				

	A	B	C	D	E	F
29.- ¿El verse reflejada por ejemplo, en un espejo o en un escaparate le hizo sentirse mal con su figura?			X			
30.- ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa contiene?	X					
31.- ¿Evitó situaciones donde otras personas podría haber visto su cuerpo por ejemplo, vestuarios comunitarios o piscinas?		X				
32.- ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?	X					
33.- ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?			X			
34.- ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?			X			

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

A continuación encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala la puntuación que indique cómo **TE SIENTES AHORA MISMO**. No hay respuestas buenas ni malas, solo contesta señalando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

COMO TE SIENTES AHORA MISMO	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	X	2	3
2. Me siento seguro	0	X	2	3
3. Estoy tenso	0	1	X	3
4. Estoy contrariado	0	1	X	3
5. Me siento cómodo	0	X	2	3
6. Me siento alterado (irritado)	0	1	2	X
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	X	2	3
8. Me siento descansado	0	X	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	X
10. Me siento confortable	0	X	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	X	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	X
13. Estoy desasosegado (intranquilo)	0	1	2	X
14. Me siento muy atado (limitado, forzado)	X	1	2	3
15. Estoy relajado	0	X	2	3
16. Me siento satisfecho	0	X	2	3
17. Estoy preocupado	0	X	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	X
19. Me siento alegre	0	X	2	3
20. En este momento me siento bien	0	X	2	3

A continuación señala la puntuación que indique como **TE SIENTES EN GENERAL**. No hay respuestas buenas ni malas, solo contesta señalando la respuesta que mejor describa como Te sientes habitualmente.

COMO TE SIENTES EN GENERAL	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	0	X	2	3
2. Me canso rápidamente	0	X	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	X	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	X	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	X	2	3
6. Me siento descansado	0	X	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	X	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	X	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	X	3
10. Soy feliz	0	X	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	X	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	X	3
13. Me siento seguro	X	1	2	3
14. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	X	3
15. Me siento triste	0	1	X	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	X	3
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	X	3
19. Soy una persona estable	X	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	X	3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Marque con una equis la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

ÍTEM	RESPUESTA	X
1	0.- No me siento triste	
	1.- Me siento triste	X
	2.- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	

ÍTEM	RESPUESTA	X
	3.- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	
2	0.- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	
	1.- Me siento desanimado de cara al futuro	X
	2.- Siento que no hay nada por lo que luchar	
	3.- Soy un fracaso total como persona	
3	0.- No me siento como un fracasado	
	1.- He fracasado más que la mayoría de las personas	X
	2.- Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro	
	3.- Soy un fracaso total como persona	
4	0.- Las cosas me satisfacen tanto como antes	
	1.- No disfruto de las cosas tanto como antes	X
	2.- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas	
	3.- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	
5	0.- No me siento especialmente culpable	X
	1.- Me siento culpable en bastantes ocasiones	
	2.- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	
	3.- Me siento culpable constantemente	
6	0.- No creo que esté siendo castigado	X
	1.- Siento que quizá esté siendo castigado	
	2.- Espero ser castigado	
	3.- Siento que estoy siendo castigado	
7	0.- No estoy descontento de mí mismo	
	1.- Estoy descontento de mí mismo	X
	2.- Estoy a disgusto conmigo mismo	
	3.- Me detesto	
8	0.- No me considero peor que cualquier otro	
	1.- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores	X
	2.- Continuamente me culpo por mis faltas	
	3.- Me culpo por todo lo malo que sucede	
9	0.- No tengo ningún pensamiento de suicidio	X
	1.- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré	
	2.- Desearía poner fin a mi vida	
	3.- Me suicidaría si tuviese oportunidad	
10	0.- No lloro más de lo normal	
	1.- Ahora lloro más que antes	X
	2.- Lloro continuamente	

ÍTEM	RESPUESTA	X
	3.- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	
11	0.- No estoy especialmente irritado	
	1.- Me molesto o irrito más fácilmente que antes	
	2.- Me siento irritado continuamente	X
	3.- Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	
12	0.- No he perdido el interés por los demás	
	1.- Estoy menos interesado en los demás que antes	X
	2.- He perdido gran parte de interés por los demás	
	3.- He perdido todo interés por los demás	
13	0.- Tomo mis propias decisiones igual que antes	
	1.- Evito tomar decisiones más que antes	X
	2.- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	
	3.- Me es imposible tomar decisiones	
14	0.- No creo tener peor aspecto que antes	
	1.- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	X
	2.- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	
	3.- Creo que tengo un aspecto horrible	
15	0.- Trabajo igual que antes	
	1.- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	X
	2.- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	
	3.- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	
16	0.- Duermo tan bien como antes	
	1.- No duermo tan bien como antes	X
	2.- Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir	
	3.- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puede volverme a dormir	
17	0.- No me siento más cansado de lo normal	
	1.- Me canso más que antes	X
	2.- Me canso en cuanto hago cualquier cosa	
	3.- Estoy demasiado cansado para hacer nada	
18	0.- Mi apetito no ha disminuido	X
	1.- No tengo tan buen apetito como antes	
	2.- Ahora tengo mucho menos apetito	
	3.- He perdido completamente el apetito	
19	0.- No he perdido peso últimamente	X
	1.- He perdido más de 2 kg	
	2.- He perdido más de 4 kg	

ÍTEM	RESPUESTA	X
	3.- He perdido más de 7 kg	
20	0.- No estoy preocupado por mi salud	
	1.- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros	X
	2.- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	
	3.- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	
21	0.- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	
	1.- La relación sexual me atrae menos que antes	X
	2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	
	3.- He perdido totalmente el interés sexual	

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

En el postest se le aplicó únicamente la subescala de impulsividad. Los resultados vienen marcados en las correspondientes casillas.

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. En cada frase, contesta si lo que se dice te ocurre, y pon una X en la casilla correspondiente.

0. Nunca; 1. Pocas veces; 2. A veces; 3. A menudo; 4. Casi siempre; 5 Siempre

	0	1	2	3	4	5
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Creo que mi estomago es demasiado grande	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Suelo hartarme de comida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me gustaría ser más joven	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Pienso en ponerme a dieta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Me considero una persona poco eficaz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. En mi familia sólo consideran suficientemente buenos los	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resultados sobresalientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Me aterroriza la idea de engordar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Confío en los demás	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Me siento solo en el mundo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Me siento satisfecho con mi figura	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	Preferiría ser adulto a ser niño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24	Me gustaría ser otra persona	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27	Me siento incapaz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30	Tengo amigos íntimos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31	Me gusta la forma de mi trasero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36	Me fastidia no ser el mejor en todo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37	Me siento seguro de mí mismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38	Suelo pensar en darme un atracón	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39	Me alegra haber dejado de ser un niño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40	No sé muy bien cuándo tengo hambre o no	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41	Tengo mala opinión de mí	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44	Temo no poder controlar mis sentimientos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		0	1	2	3	4	5
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	Me siento hinchado después de una comida normal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50	Me considero una persona valiosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado-enfado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53	Pienso en vomitar para perder peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54	Necesito tener cierta distancia con la gente; me siento mal cuando alguien se acercan demasiado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59	Creo que mi trasero es demasiado grande	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61	Como o bebo a escondidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	☐	☐	☐	☒	☐	☐
66	Me avergüenzo de mis debilidades	☐	☐	☐	☐	☐	☐
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	☐	☐	☐	☐	☒	☐
68	Me gustaría tener control total sobre mis necesidades corporales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
69	Suelo sentirme a gusto en gran parte de las situaciones de grupo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	☐	☐	☐	☐	☒	☐
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	☐	☒	☐	☐	☐	☐
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	☐	☐	☒	☐	☐	☐
75	El sacrificio hace que me sienta más fuerte espiritualmente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
76	La gente comprende mis verdaderos problemas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	☐	☐	☒	☐	☐	☐
78	Comer por placer es signo de debilidad moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	☐	☐	☐	☒	☐	☐
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	☐	☐	☐	☐	☐	☐
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	☐	☒	☐	☐	☐	☐
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad	☐	☐	☐	☐	☒	☐
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	Tengo cambios de humor bruscos	☐	☐	☐	☐	☒	☐
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	☐	☐	☐	☐	☐	☐
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
89	Sé que la gente me aprecia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo	☐	☐	☐	☐	☒	☐
91	Creo que realmente sé quién soy	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. MATERIAL COMPLEMENTARIO DE TRABAJO: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

8.1. TEST PARA VALORAR LOS PROBLEMAS DE IMAGEN CORPORAL

TEST DE SILUETAS PARA ADOLESCENTES (TSA)

Nombre	Test de Siluetas para Adolescentes TSA
Autores	Maganto y Cruz (2008)
Edad de aplicación	Adolescentes de 14 a 18 años.
Tiempo de aplicación	10 minutos.
Finalidad	Consiste en 8 figuras masculinas que incrementan progresivamente su tamaño corporal con relación al incremento de peso, y 8 figuras femeninas de similar condición. Evaluación de los siguientes aspectos de la imagen corporal: • Modelo estético corporal. • Insatisfacción con la imagen corporal (diferencia entre cómo le gustaría estar y cómo se percibe. (Fig 4 menos fig 3). • Distorsión de la imagen corporal (Fig como se percibe menos fig que corresponde por IMC). • Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Para conocer la fiabilidad test-retest se han obtenido las correlaciones (Rho de Spearman) entre las dos aplicaciones de la prueba con una diferencia de 4 meses. Los coeficientes obtenidos muestran, en ambos sexos, altos niveles de correlación en los ítems correspondientes a la elección de figura actual y figura que les gustaría a los progenitores que se tuviera en ambos sexos (coeficientes de correlación de 0,70 a 0,87); en los ítems referidos a la elección de figura como pareja y figura que el otro sexo elegiría las correlaciones test-retest en los chicos son más altas ($p=0,000$) que en las chicas ($p=0,01$). VALIDEZ: Para estudiar la validez del TSA se han obtenido las relaciones de los ítems de la prueba con el IMC y con dos pruebas que evalúan TCA (EAT-40 y EDI-2), encontrándose relaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas, con más alto nivel de significación en las mujeres que en los hombres para cada uno de los ítems estudiados (ver Maganto y Cruz, 2008).
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Puntos de corte para establecer el riesgo de padecer TCA.
Publicación	Maganto, C. y Cruz, S. (2008). <i>TSA Test de Siluetas para Adolescentes</i> Madrid: TEA Ediciones.

CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC)

Nombre	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC).
Autores	Toro, Salamero y Martínez (1994)
Edad de aplicación	A partir de Educación Secundario.
Tiempo de aplicación	15-20 minutos.
Finalidad (respuestas)	Se pretender determinar la influencia que sobre el individuo ejercen los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético prevalente de figura corporal. En definitiva Evalúa la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos

	sociales y modelos ideales que se asocian con el éxito.
Propiedades psicométricas	El CIMEC fue validado para la población mexicana por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), mostrando niveles adecuados de consistencia interna (0.94). En este estudio se usaron las subescalas influencia de la publicidad (0.92), influencias de grupos de pares (0.63) e influencias de modelos sociales (0.75). el método de calificación para este estudio fue ponderado en una escala de 3 puntos (donde 1 es "si siempre" y 3 "no nunca").
Baremos	El punto de corte se sitúa en 15. Una puntuación por encima sería indicativa de que el individuo es más sensible a la influencia de estos estímulos.
Publicación	Toro, J., Salameiro, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 89(3), 147-151.

ESCALA DE AUTOESTIMA CORPORAL (EAC)

Nombre	Escala de Satisfacción Corporal (ESC)
Autores	Maganto y Kortabarría (2011)
Edad de aplicación	De 6 a 18 años.
Tiempo de aplicación	7 minutos.
Finalidad	Valora el grado de autoestima o satisfacción que niños y adolescentes tienen de cada una de las partes de su cuerpo, la valoración del mismo en su conjunto y la percepción de impacto social del propio cuerpo en los demás.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD. Se realizan análisis separados en función del género debido a las diferencias estadísticamente significativas en los resultados. Para niños de 6 a 8 años, el alpha de Cronbach es .87 y para niñas .78; a la edad de 9.12 años es para chicos .90 y para chicas .72; En adolescentes de 13 15 años es de .91 en chicos y de .88 en chicas; para adolescentes los alpha de Cronbach es de .90 para chicos y de .84 para chicas. VALIDEZ. Los análisis de validez están en proceso de finalización.
Baremos	A mayor puntuación mayor autoestima corporal o mayor satisfacción corporal, y viceversa.
Publicación	Maganto, C. y Kortabarría, L. (2011). La Escala de Autoestima Corporal en la infancia y adolescencia. En A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L.S. Almeida, R. Lima, y S. Fraga (Eds.). <i>Evaluación Psicológica: Formas e Contextos</i> (pp. 61-73). Lisboa: Sociedad Portuguesa de Psicología.

CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL (BSQ)

Nombre	Cuestionario de la forma corporal/Body Shape Questionnaire (BSQ)
Autores	Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)
Edad de aplicación	A partir de secundaria.
Tiempo de aplicación	15-30 minutos.
Finalidad	Mide la preocupación con la imagen corporal y con el peso, es decir, con la experiencia de sentirse gordo.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: La versión original mostró una consistencia interna de .97. La consistencia interna en la validación española fue de .95 y .97. En un estudio posterior se encontró que la fiabilidad test-retest del instrumento era de 0,88 (Rosen, Jones, Ramírez y Waxman, 1996).

	VALIDEZ: En ambos casos el instrumento cuenta con una alta validez convergente 0,61-0,81 en la versión original y discriminante.
Baremos	El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105.
Publicación	Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 6, 485-494.

IMAGEN, EVALUACIÓN DE LA INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Nombre	IMAGEN, Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal
Autores	Solano y Cano (2010)
Edad de aplicación	A partir de los 11 años.
Tiempo de aplicación	10 minutos.
Finalidad	Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal y sus tres principales componentes: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental. <i>Escala ICE</i> , componente de insatisfacción cognitivo-emocional (21 ítems): hace referencia a pensamientos y emociones propias de la insatisfacción con la imagen corporal, donde se refleja el deseo y la necesidad percibida de tener un cuerpo delgado o realizar una dieta, el miedo a engordar, la sensación de estar ganando peso o la irritabilidad y el malestar emocional asociados al aspecto físico. <i>Escala IPE</i> , componente de insatisfacción perceptiva (10 ítems): evalúa la creencia o sensación subjetiva de haber alcanzado un peso por encima del deseado o una figura deforme. <i>Escala ICL</i> , componente de insatisfacción comportamental (7 ítems): mide la frecuencia con la que se producen comportamientos que son propios de personas con patología alimentaria, tales como producirse el vómito, utilizar laxantes, etc.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para estudiar la consistencia interna del cuestionario. El valor más alto pertenece al componente cognitivo-emocional (.92), la subescala perceptiva es .87, y la subescala comportamental es de .64, siendo la puntuación total de la prueba .91. VALIDEZ: Mediante el método de extracción Alfa y método de rotación promax, se puede observar que la validez en el factor cognitivo emocional es de .40 a .84. En el factor perceptivo es de .23 a .94 y en el comportamental de .24 a .60.
Baremos	Baremos por percentiles por sexo y grupo (normal y clínico).
Publicación	Solano, N. y Cano, A. (2010). <i>IMAGEN; Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal</i> . Madrid: TEA.

8.2. TEST PARA VALORAR LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

EL CUESTIONARIO AUTOINFORME PARA EL EXAMEN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (EDE-Q)

Nombre autores	El cuestionario autoinforme para el examen de los trastornos de la alimentación /Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q) Fairburn y Beglin (1994)
Edad de aplicación	A partir de secundaria (12 años en adelante).

Tiempo de aplicación	20-30 minutos.
Finalidad	Elaborado a partir del EDE, que es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar de oro para la evaluación de los TCA (26) y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra atracón, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias como es el miedo enfermizo a engordar. El EDE-Q evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. Hay 22 ítems divididos en 4 subescalas: 5 ítems para <i>restraint</i> (restricción), 5 para <i>eating concern</i> (preocupación por la comida), 5 para <i>weight concern</i> (preocupación por el peso) y 7 para <i>shape concern</i> (preocupación por la figura), para evaluar los aspectos de actitud y conductuales del trastorno. Cada respuesta del paciente es evaluada por el entrevistador en una escala de 0 a 6 puntos respecto a intensidad o frecuencia. Finalmente, se puede obtener una puntuación general de gravedad.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Las medias y las desviaciones estándar del grupo en las 4 subescalas son similares a las obtenidas por los estudios normativos con la versión original inglesa. La versión española también muestra coeficientes alfa de Cronbach similares para la fiabilidad. VALIDEZ: En cuanto a la validez discriminatoria, las subescalas discriminan entre los grupos clínicos y el grupo control de manera significativa. Conclusiones: La versión española de la EDE presenta cualidades psicométricas apropiadas y similares a las de la versión original.
Baremos	El punto de corte se encuentra en 116.
Publicación	Fairburn, C.G. y Beglin, S.J.U. (1994). Assessment of Eating disorders: Interview or self-report questionnaire? <i>International Journal of Eating Disorders</i> 16, 363-370.

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)

Nombre autores	Test de actitudes Alimentarias /Eating Attitudes test/ (EAT). Garner y Garfinkel (1979)
Edad de aplicación	A partir de secundaria (de 12 años en adelante).
Tiempo de aplicación	30 minutos.
Finalidad	Evalúa las conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio que presentan los pacientes con anorexia nerviosa. Cada ítem consta de seis posibilidades de respuesta de las que hay que elegir una única opción. Las posibilidades de respuesta van de nunca a siempre.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: presenta un coeficiente de fiabilidad de .79 para la muestra de pacientes con anorexia nerviosa y de .94 para el grupo de control y grupo de AN y un coeficiente de validez fue de .87. VALIDEZ: La confiabilidad test-retest en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, respectivamente. El poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y el poder predictivo negativo del 93%.
Baremos	Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26. El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas (Alvarez et al., 2002) sugiriendo un punto de corte superior a 28 puntos.
Publicación	Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. <i>Psychological Medicine</i> , 9, 273-279.

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2)

Nombre Autores	Inventario de trastornos de conducta alimentaria /Eating Disorders Inventory (EDI-2) Garner y Olmsted (1984) Adaptación de: Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998)
Edad de aplicación	A partir de 11 años.
Tiempo de aplicación	20-30 minutos.
Finalidad:	El cuestionario EDI-2 es un autoinforme que mide actitudes y comportamientos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario, principalmente AN y BN. La versión revisada incluye las ocho escalas originales y añade tres más. • Obsesión por la delgadez: los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. • Bulimia: evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. • Insatisfacción corporal: mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, etc.). • Ineficacia: evalúa sentimientos de ineficacia general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. • Perfeccionismo: mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. • Desconfianza interpersonal: evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. • Conciencia interoceptiva: evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. • Miedo a la madurez: evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. • Ascetismo: mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. • Impulsividad: evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. • Inseguridad social: mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: La fiabilidad del EDI-2, evaluada mediante el alfa de Cronbach, presenta coeficientes superiores a .80 para los grupos de Anorexia Nerviosa en todas las escalas. La correlación de ítem-escala es superior a .40, excepto en tres ítems que, de acuerdo con Garner et al. (1983), se mantuvieron debido a la relevancia de su contenido. La fiabilidad test-retest, después de un intervalo de una semana, presenta coeficientes de consistencia interna de .79 a .95 para todas las subescalas excepto para Conciencia interoceptiva (Welch, Hall, Walkey, 1988); después de tres semanas, la escala de Miedo a la madurez es la única con coeficientes de fiabilidad inferiores a .80. VALIDEZ: Las escalas originales muestran contenido apropiado, convergencia y validez discriminante. Además, muchos de los hallazgos anteriores a estos estudios de validación han sido reproducidos por una nueva investigación. se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre pacientes diagnosticados con anorexia

	y bulimia, así como entre pacientes clínicos con TCA y personas sin TCA. Las propiedades psicométricas del instrumento son sólidas. Los autores de la medición tienen evidencias de que el EDI-2 es sensible a los cambios clínicos y que pueden desempeñar un papel importante en las evaluaciones de los pacientes con trastornos alimentarios.
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Puntos de corte para establecer el riesgo de padecer TCA. O bien si se padece de algún TCA para establecer si es anorexia nerviosa tipo restrictivo o tipo bulímico o bien bulimia nerviosa. El EDI-2 no proporciona una puntuación total. Puntuaciones altas en una escala indican la presencia de síntomas asociados al contenido de la misma.
Publicación	Garner y Olmsted (1984) <i>The Eating Inventory Disorders- 2 Manual</i> . Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources. Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998) <i>Inventario de trastornos de conducta EDI-2</i> . Madrid: TEA (1998).

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-3)

Nombre Autores	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) Garner, 2004 Adaptación: Elosua, López-Jáuregui y Sánchez Sánchez (2010)
Edad de aplicación	Muestras clínicas: de 12 años en adelante; muestras no clínicas: de 10 años en adelante.
Tiempo de aplicación	20-30 minutos.
Finalidad	Evaluación de 3 variables de riesgo y 9 variables psicológicas relacionados con los trastornos de conducta alimentaria. Hay doce escalas principales en el EDI-3 y seis índices que se obtienen sumando las puntuaciones T de dos o más escalas. Tres de las escalas principales (Obsesión por la delgadez [DT], Bulimia [B] e Insatisfacción corporal [BD]) se denominan escalas de riesgo de TCA. Las nueve escalas restantes evalúan constructos psicológicos que son conceptualmente relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Está constituido por las siguientes escalas: 1.-Escalas de riesgo de TCA: • Obsesión por la delgadez: evalúa un deseo extremo de estar más delgado, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y un intenso temor a ganar peso. Esta escala es idéntica a la del EDI-2. • Bulimia: evalúa la tendencia a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia a llevarlos a cabo. Es igual a la escala del EDI-2 salvo por la inclusión del ítem 64 "Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer". • Insatisfacción corporal: evalúa la insatisfacción con la forma general de su cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo que preocupan extraordinariamente a las personas con TCA (p. ej., estómago, caderas, muslos y nalgas). Es igual a la escala del EDI-2 salvo por la inclusión del ítem 47 que evalúa la sensación de hinchazón después de realizar una comida. 2.-Escalas psicológicas: • Baja autoestima: evalúa el concepto básico de autoevaluación negativa. • Alienación personal: se solapa conceptualmente con la escala de "baja autoestima" pero mide un dominio más amplio que refleja una omnipresente sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión de uno mismo. También mide el deseo de ser alguien diferente y un sentimiento general de no controlar las cosas

	que suceden en su propia vida. • Inseguridad interpersonal (II): evalúa la sensación de incomodidad y la aprensión del sujeto cuando se encuentra en situaciones sociales y la reticencia a participar en ellas. Se centra particularmente en la dificultad para expresar los propios pensamientos y sentimientos a otras personas. También evalúa la tendencia a retraerse y a aislarse del resto de la gente. Esta escala está formada por 4 ítems de la subescala Desconfianza interpersonal y 3 ítems de la escala inseguridad social del EDI-2. • Desconfianza interpersonal: mide la dificultad para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales. Esta escala está compuesta por ocho ítems de la subescala Conciencia interoceptiva del EDI-2 y un ítem de la subescala impulsividad. • Desajuste emocional: evalúa la tendencia a ser inestable emocionalmente, impulsivo, temerario, iracundo y autodestructivo. También mide problemas potenciales de abuso de sustancias (alcohol y drogas). Incluye ocho de los once ítems de la subescala Impulsividad del EDI-2. • Perfeccionismo: mide en qué medida el sujeto se impone a sí mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia. Es idéntica a la escala de Perfeccionismo del EDI-2. • Ascetismo: evalúa la tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales tales como la autodisciplina, la renuncia, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades corporales. La única diferencia con respecto al EDI-2 es el ítem 72 "Me esfuerzo por buscar cosas que me producen placer". • Miedo a la madurez: evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. Es idéntica a la escala Miedo a la madurez del EDI-2.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Consistencia interna en muestras clínicas: en las escalas de riesgo los valores de alfa de Cronbach se sitúan entre el .87 en el grupo ANP en la escala Obsesión por la delgadez y .95 en el grupo TCANE en la escala Insatisfacción Corporal. En las escalas psicológicas el alfa de Cronbach oscila entre .74 y .90. Los índices obtienen un alfa de Cronbach que oscila entre .82 y .96. VALIDEZ: Todos los valores correlacionales entre las 18 variables fueron estadísticamente significativos ($p \leq .01$). En el análisis de las escalas de riesgo el coeficiente de correlación mayor correspondió con el par Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez. El análisis de las correlaciones entre las escalas psicológicas se mostró una intercorrelación mayor entre las escalas que forman cada uno de los índices que entre las escalas pertenecientes a índices diferentes. La correlación entre las escalas que integran el índice Ineficacia fue de .85. La correlación entre las escalas que forman el índice Problemas interpersonales fue .72. Las escalas Déficit introceptivos y Desajuste emocional mostraron una correlación de .61. La correlación entre las escalas Perfeccionismo y Ascetismo es de .52. La correlación entre Ascetismo presentó una correlación de .67 con la escala de Déficit introceptivos. Las correlaciones oscilan entre .23 y .96.
Baremos	Baremos españoles de población clínica y no clínica en puntuaciones T y percentiles. Baremos no clínicos para población mexicana. Baremos no clínicos para la versión en euskera.
Publicación	Garner, D. M. (2004). <i>Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual</i>. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. Adaptación: Elosua, P., López-Jáuregui, S. y Sánchez Sánchez, F. (2010). <i>Inventario de trastornos de conducta alimentaria</i>. Madrid: TEA ediciones.

TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO (BITE)

Nombre autores	Test de Bulimia de Edimburgo / BulimiaTest of Edimburg (BITE) Henderson y Freeman, 1987.
Edad de aplicación	A partir de 12 años.
Tiempo de aplicación	10-15 minutos.
Finalidad	Identificar a personas que presentan síntomas bulímicos, detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; valoración de la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Los niveles de fiabilidad test-retest oscilaron desde .86 hasta .68. Ricciardelly et al. (1999). VALIDEZ: El nivel de consistencia interna para la subescala Síntomas fue 0,95, mientras que para la subescala de Gravedad fue de 0,70. El estudio de la dimensionalidad del BITE mediante análisis factorial exploratorio mostró una solución esencialmente unidimensional.
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas, con una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN, siendo la puntuación máxima de 30; y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas, valores entre cinco y diez indican una intensidad significativa, mientras que valores mayores a diez son indicativos de gravedad.
Publicación	Henderson, M. y Freeman, P.PI. (1987). A self-rating scale for bulimia. The BITE. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 150, 18-24. Fonseca, E., Sierra, S., Paino, M., Lemos, S. y Muñoz, J. (2011). Factorial structure and measurement invariant, ce of the Bulimic Investigatory Test. <i>Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 11(1), 109- 123.

TEST DE BULIMA REVISADO (BULIT-R)

Nombre autores	Test de Bulimia revisado /Bulimia test – revised (BULIT-R) Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991). Adaptación Española. Álvarez, Mancilla, y Vázquez (2000).
Edad de aplicación	A partir de la adolescencia.
Tiempo de aplicación	10 minutos.
Finalidad	Detectar el riesgo de padecer bulimia en población general. Mide la severidad de la sintomatología bulímica mediante los constructos: Atracones, Vómitos, Comida y Peso.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Posee una consistencia interna de .96 – .98, con una Fiabilidad Test – Retest .83 – .85. VALIDEZ: Correlaciona con la versión no revisada: .99, con el inventario de trastornos alimentarios y la escala de atracones del .60 al .93.
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas.
Publicación	Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. <i>Psychological Assessment</i> , 3, 119-124. Adaptación Española. Álvarez, G., Mancilla, J. M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). <i>Revista Psicología Contemporánea</i> , 7, 74-85.

CUESTIONARIO SCOFF: NUEVA HERRAMIENTA DE SCREENING PARA LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN (SCOFF)

Nombre Autores	Cuestionario SCOFF: nueva herramienta de screening para los trastornos de alimentación /The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. Morgan, Reid y Lacey (1999)
Edad de aplicación	De 18 años en adelante).
Tiempo de aplicación	5 minutos.
Finalidad	Cuestionario de screening, rápido y fácil de administrar, para detectar posibles casos de TCA. La abreviatura SCOFF proviene de los 5 ítems del cuestionarios: la sensación de saciedad, la pérdida de control sobre la comida, la pérdida de peso y la obsesión por estar delgado. Los 5 ítems tienen una respuesta dicotómica.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: La consistencia interna del SCOFF presenta índices entre .43 (Rueda, et al 2005) y .47 (Siervo, Boschi, Papa, Bellini y Falconi, 2005). García, et al (2005) obtienen coeficientes de fiabilidad test-retest de .97, con un intervalo de aplicación de entre 10 y 15 días. VALIDEZ: La validez de criterio de este cuestionario se ha estudiado mediante los índices de sensibilidad y especificidad. Los autores exponen que el SCOFF tiene una sensibilidad del 100% para detectar anorexia y bulimia con una puntuación total igual o superior a dos positivos (intervalo de confianza del 95% para toda la muestra, 96,9% al 100%; casos de anorexia nerviosa, 94,7% al 100%). Los índices de especificidad oscilan entre 79,2% y 93,4% en la muestra control y un 87,5% para la muestra clínica. Morgan, Reid y Lacey. (1999) exponen que el SCOFF proporciona un 12,5% de falsos positivos.
Baremos	La puntuación total del cuestionario se obtiene sumando el valor de los cinco ítems, que oscila entre 0 y 5. Según los autores una puntuación total superior o igual a 2 identifica al paciente como perteneciente al grupo de riesgo de presentar un TCA.
Publicación	Morgan, J., Reid, F. y Lacey, J. (1999). The SCOFF Questionnaire: assessment of a new screening tool for Eating disorders. <i>Electronic British Medicine Journal (bmj.com)</i> 319, 1467-1468.

8.3. TEST PARA VALORAR TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-I (BDI-I)

Nombre Autores	Inventario de Depresión de Beck-I (BDI-I) Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961).
Edad de aplicación	De 13 años en adelante.
Tiempo de aplicación	10-15 minutos.
Finalidad	Evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes, permite identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, así como para evaluar el progreso terapéutico. Está compuesto por ítems relacionados con la desesperanza e irritabilidad, con cogniciones depresivas como culpa o sentimientos de ser castigado y con síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Sin embargo, los datos del presente estudio no justifican el uso del BDI-I como instrumento diagnóstico, pero puede ser un buen instrumento de cribado (<i>screening</i>) para detectar personas con un trastorno depresivo en muestras de población

	general (y cuyo posible diagnóstico debería ser confirmado posteriormente mediante algún tipo de entrevista diagnóstica).
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD. La consistencia interna del BDI-I es elevada (coeficiente alfa .87). Los coeficientes de correlación hallados fueron todos estadísticamente significativos, oscilando entre 0,33 para el ítem de cambios en el apetito y 0,60 para el ítem de inutilidad. La media de las correlaciones inter-ítems fue 0,25 ($DT = 0,08$), con un mínimo de 0,05 y un máximo de 0,59. VALIDEZ. Los análisis factoriales indicaron que el BDI-I mide una dimensión general de depresión con una elevada congruencia de la solución bifactorial del BDI-I compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. En términos de consistencia interna y validez factorial, el BDI-I parece mejor instrumento para evaluar sintomatología depresiva en población general que su predecesor, el BDI-IA.
Baremos	El punto de corte para depresión es de 18 puntos.
Publicación	Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571. Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud, 3(14), 249-280.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

Nombre autores	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988.
Edad de aplicación	A partir de secundaria (de 12 años en adelante).
Tiempo de aplicación	15 minutos.
Finalidad	Es un autoinforme con el objetivo de medir dos conceptos independientes de la ansiedad, como Ansiedad Estado (E) y como Ansiedad Rasgo (R). - La ansiedad/estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano. Se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. - La ansiedad/rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad/estado.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Posee una buena consistencia interna entre .90 y .93 en la Ansiedad/Estado y entre .84 y .87 en Ansiedad/Rasgo. VALIDEZ: En condiciones normales de aplicación y en muestra de mujeres se han encontrado índices que van de .44 a .55, mientras que entre varones se ha encontrado índices que van de .51 a .57.
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados (Ansiedad/Estado y Ansiedad/Rasgo) Puntos de corte para establecer el riesgo de padecer Ansiedad.
Publicación	Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2008). Cuestionario de Ansiedad/Estado y Ansiedad/Rasgo. Madrid: TEA.

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-2)

Nombre Autores	Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) Miguel, Casado, Cano y Spielberger 2001
Edad de aplicación	A partir de secundaria (de 12 años en adelante).
Tiempo de aplicación	10-15 minutos.
Finalidad	Es un autoinforme con el objetivo de medir la expresión y control de la ira. Se compone de 49 ítems que permiten obtener un Índice de Expresión de la Ira (IEI) que representa una medida global de la expresión y control de la ira. El test tiene tres partes diferenciadas: 1) Ira estado, 2) Ira rasgo y 3) expresión-control de la ira.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: Los resultados encontrados en todas las escalas y subescalas del STAXI-2 con el coeficiente de alpha de Cronbach indican una buena consistencia interna, con valores de .89 en la escala de ira/estado y de .82 en la escala de ira/rasgo. En las escalas de expresión de la ira encontraron valores algo más bajos, .69 y .67, que consideran aceptables dado el número reducido de ítems que componen las escalas. VALIDEZ: El STAXI-2 presenta una correlación test-retest de .71 en la escala de ira/rasgo y de .20 en la escala de ira/estado. Los valores en las escalas de expresión de la ira son .59 y .61.
Baremos	Baremos para cada sexo en los distintos aspectos evaluados (Ira/Estado, Ira/Rasgo e Ira/Expresión-Control).
Publicación	Miguel, J.J., Casado, M.I., Cano, A. y Spielberger, C.D. (2001). <i>Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo</i> . Madrid: TEA.

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)

Nombre Autores	Cuestionario de 90 síntomas /Symptom Checklist 90 revised (SCL-90-R) Derogatis, L.R. (1983). Adaptación: González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín, y Rodríguez Pulido. (2002).
Edad de aplicación	A partir de 13 años.
Tiempo de aplicación	15 minutos.
Finalidad	Un Cuestionario autoinformado de 90 ítems que valora la intensidad de los síntomas somáticos y psicopatológicos, agrupados en 10 dimensiones y en cada dimensión un número determinado de ítems, como son: Somatización (12), Obsesión-compulsión (12), Sensibilidad interpersonal (9), Depresión (13), Ansiedad (10), Hostilidad (6), Ansiedad fóbica (7), Ideación paranoide (6), Psicoticismo (10) y Síntomas misceláneos (7 ítems considerados adicionales porque su peso factorial no permite incluirlos en ninguna de las otras escalas). Los índices globales son: el Índice Sintomático General (GSI, Global Severity Index) que proporciona una medida global o total de la intensidad del sufrimiento psíquico, utilizando esta valoración como si se tratara de una sola escala sintomática; el Total de Síntomas Positivos ((PST, Positive Symptom Total), es decir, cuál es el total de respuestas o síntomas presentes, lo que indica la amplitud y diversidad psicopatológica; y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI, Positive Symptom Distress Index) que es un indicador de la intensidad del sufrimiento medio al relacionar el sufrimiento global con el número de síntomas presentes.
Propiedades psicométricas	FIABILIDAD: El SCL-90 tiene unos valores fiabilidad descritos por Derogatis, que se encuentran entre .81 y .90. Los coeficientes de fiabilidad y estabilidad temporal van de .78 a .90 con una semana de intervalo en la aplicación.

	VALIDEZ: La consistencia factorial en las 9 dimensiones sintomáticas tienen una buena validez convergente en pacientes clínicos con el MMPI y con otros instrumentos clínico similares.
Baremos	Las puntuaciones directas se transforman en percentiles y puntuaciones T de acuerdo al baremo correspondiente: población general no clínica (diferenciada por sexo), de pacientes con disfunción temporomandibular y de pacientes psiquiátricos (diferenciados por sexo). Se traza un perfil con las puntuaciones de cada dimensión.
Publicación	Adaptación española: González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuin, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). <i>SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas</i> . Madrid: TEA.

9. MATERIAL COMPLEMENTARIO DE TRABAJO: REVISIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y TERAPÉUTICOS

9.1. PROGRAMAS DE IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

PROGRAMAS	OBJETIVOS Y REVISIÓN DE LOS MISMOS
PICTA Programa prevención de la Imagen corporal y Trastornos Alimentarios Maganto, del Río y Roiz (2002)	El propósito de este programa era prevenir desórdenes alimenticios en adolescentes y jóvenes. Los objetivos marcados fueron advertir la importancia creciente de este desorden, conocer las variables asociadas a desórdenes alimenticios y orientar acerca de las acciones más recomendables. Los temas se relacionan con las pautas al comer, la presión hacia un ideal de belleza, imagen sociocultural del cuerpo, amor propio emocional, y las variables relacionadas de este desorden. Se propuso un modelo de acción para adolescentes. La metodología es activa y participativa por medio de la reciprocidad y técnicas grupales. La evaluación del taller consiste en dos partes, la evaluación Pre y Posterior del programa, que valora el impacto del Taller y la evaluación durante el proceso, por medio de pruebas y autoinformes. Los resultados que obtuvieron indicaron una proporción de 8 a 2 chicas-chicos en asistencia. Las atribuciones de la atracción física y social se asocian con delgadez en 94% de los casos. 68,8% percibe su imagen como normal, y 62,4% deseaban estar más delgados. 30% percibe esta presión hacia un ideal estético desde dentro de la familia. 60% de los sujetos tiene amigos o miembros de la familia con algún desorden alimenticio. Los resultados del examen posterior confirman los beneficios de aplicar este taller en centros no clínicos. La bondad de los resultados obtenidos por el programa preventivo PICTA demuestran que la intervención psicoeducativa grupal de corta duración sobre imagen corporal puede resultar muy beneficiosa para muestras no clínicas como es el principal objetivo de esta Tesis Doctoral.
Programa psicoeducativo para la mejora de la IC Smith (2006)	Smith (2006) desarrolló un programa escolar comprensivo para mejorar la imagen corporal de las chicas adolescentes. Este programa fue desarrollado después de la revisión cuidadosa de programas previamente implementados que intentaron modificar los trastornos alimentarios y/o la satisfacción del cuerpo. A través del examen de literatura anterior e investigación, se determinó que la imagen corporal es influida tanto por los factores individuales (autoestima, personalidad, etc.), como por factores socioculturales más amplios. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue desarrollar un programa que incrementaría la imagen corporal segura en el adolescente de sexo femenino concentrándose en la autoestima mientras se desarrollaba una relación consultiva con la familia y el sistema educativo de las mujeres simultáneamente. Se esperaba que, incluyendo tanto la familia como el sistema educativo en este programa, se crearía un ambiente que continuaría promoviendo imágenes corporales seguras en cuanto el programa terminara. Los resultados confirmaron el éxito del programa diseñado. Este estudio aporta más

	confirmación empírica de la utilidad de los programas preventivos para mejorar la imagen corporal.
Intervención psicoeducativa en mujeres con riesgo de TCA Zabinski (2003)	Según Zabinski (2003), después de diseñar una intervención psicoeducativa para mujeres en riesgo de trastorno de la alimentación, las preocupaciones sobre la apariencia están sumamente generalizadas en nuestra sociedad y están conectadas con los problemas psicológicos tanto como con el desarrollo de los trastornos alimentarios. Una dificultad al tratar estas preocupaciones es que las personas evitan exponerlas a los profesionales debido a la vergüenza. Debido a este problema, un medio potencialmente eficaz para descubrir y tratar estos problemas es a través de intervenciones anónimas e informatizadas ofrecidas vía <i>Internet</i>. Son muy pocos los estudios que abordan este tema utilizando Internet pero sus resultados son alentadores. Sin embargo, hasta este estudio ningún estudio ha valorado la eficacia de la comunicación simultánea sistemáticamente, y nada ha sido evaluado dentro del dominio de trastorno alimentario. Este estudio valoró la eficacia de una intervención sincronizada para la universidad con 60 mujeres con altas preocupaciones sobre la apariencia y riesgo de contraer un trastorno alimentario. Fueron asignadas al azar a la intervención (n = 30), a la espera, o a grupos de control (n = 30) de la lista. Todas las semanas entraron a una sala de chat privada y participaron durante una hora en una charla sobre imagen corporal y comportamientos alimenticios con moderadores. Los componentes del tratamiento incluían las interpretaciones psicoeducativas, el soporte sincronizado en las sesiones del chat, soporte asíncrono (emails), las tareas escolares, y los resúmenes de los debates. Los participantes mostraron una alta satisfacción con el modo de intervención propuesto. Los participantes de la intervención mejoraron más que los participantes de la lista de espera-control en varios aspectos como la autoestima o la imagen corporal a través de la valoración de varias escalas. Variables del proceso relacionadas con las destrezas cognitivas y conductuales eran pronosticadores importantes de mejores resultados y mediaron la relación entre grupo y resultado. Estas conclusiones indican que la tecnología informatizada es un modo aceptable de la entrega de tratamiento y puede ser aplicado a la prevención de trastorno alimentario con éxito entre mujeres universitarias y mayores.
Aproximación narrativa ante la dismorfobia DaCosta, Nelson, Rudes, y Guterman (2005)	Da Costa et. al. (2005) analizaron la utilidad de la terapia narrativa como tratamiento efectivo para el trastorno dismórfico corporal con un estudio de caso único. Estos autores valoran muy positivamente el uso de este tipo de terapia para este trastorno a través de los resultados obtenidos. Este estudio muestra como la intervención psicológica desde el tratamiento cognitivo conductual puede ofrecer buenos resultados para los trastornos basados en alteraciones de la imagen corporal.
Terapia cognitiva para trastornos de IC y TCA Nye y Cash (2006)	Nye y Cash (2006) valoraron los resultados de la terapia cognitivo conductual sobre chicas con trastorno dismórfico corporal dentro de una clínica privada. Según este estudio el cambio de la imagen corporal es un componente importante del tratamiento de desórdenes alimenticios, y la terapia cognitiva conductual de la imagen corporal tiene un apoyo empírico sustancial de su eficacia en la mejora de dificultades de imagen corporal y desórdenes asociados. La mayoría de las evidencias vienen de muestras aleatorizadas y controladas con estudios del resultado y no examinan la eficacia para

	personas con desórdenes alimenticios clínicos en el contexto de escenarios "usuales de tratamiento". Esta investigación fue realizada en una consulta privada y se valoró a 30 mujeres con un diagnóstico de desorden alimenticio. El tratamiento se basó en el <i>Cuaderno de imagen corporal</i> de Cash (1997). Los clientes redujeron la disforia corporal, aumentaron la satisfacción corporal y la satisfacción con la apariencia en varias dimensiones, redujeron la distorsión psicológica de su apariencia, y evaluaron mejor su salud. El estudio concluye que el tratamiento de Cash es muy efectivo para este tipo de muestras clínicas.
Valorando la efectividad de programas de TCA Krysanski (2006)	Krysanski (2006) realizó un estudio para comparar una intervención de disonancia cognitiva con efectividad probada para trastornos de la alimentación, con un programa psicoeducativo sobre la alimentación como placebo, ya que estos programas se habían demostrado ineficaces para ayudar a muestras clínicas de los trastornos de la alimentación. La muestra fueron 75 mujeres de la universidad que habían obtenido puntajes elevados en una medida de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, con riesgo para contraer un trastorno alimentario. Fueron distribuidas al azar en una intervención de un programa psicoeducativo (n = 35) o a una intervención de disonancia cognitiva (n = 40). Las medidas dependientes incluían la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, patología alimenticia, adopción de dietas restrictivas, la insatisfacción corporal, y las emociones negativas. Además, niveles iniciales de preocupación, la depresión, el apoyo social percibido, la expresividad emocional, el uso de tabaco, y los problemas familiares fueron revisados para apreciar su influencia en el resultado. Los resultados indicaron que no había ninguna diferencia importante entre los dos grupos sobre las medidas de la insatisfacción corporal, emociones negativas, hacer dieta, y negativa o patología relacionada con la nutrición. La intervención de disonancia fue ligeramente mejor en el grupo de intervención psicoeducativa en la reducción de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, sin embargo, esta diferencia no era estadísticamente importante. Todos los participantes mostraron reducciones importantes en la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, la insatisfacción de cuerpo, las emociones negativas, y la patología de comer, pero no en los comportamientos hacer dieta. Los resultados demostraron que niveles bajos de preocupación pronosticaron las mayores mejoras en la reducción de la adopción de dietas restrictivas. Los resultados revelaron que niveles de depresión más altos eran indicadores de las ganancias más grandes en la satisfacción corporal, y la preocupación baja era indicadora de las mayores ganancias en la satisfacción corporal. Aunque la el grupo de disonancia cognitiva no superó al grupo del programa psicoeducativo. estos resultados indican que tanto la disonancia cognitiva como las intervenciones psicoeducativas son eficaces, y apropiadas para el uso a mujeres de riesgo en la universidad para reducir la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez, la insatisfacción corporal, las emociones negativas, y las patologías alimenticias. Esta investigación no apreció ningún efecto perjudicial en los participantes que recibieron la intervención psicoeducativa.

	Se confirma que los programas psicoeducativos preventivos son eficaces para muestras no clínicas tanto como las terapias psicológicas y que en ningún caso podrían ocasionar consecuencias negativas a los participantes, algo de sumo interés para el diseño del programa que se pretende en esta investigación.
Programa psicoeducativo para el control de peso O'Brien y LeBow (2007)	O'Brien y LeBow (2007) desarrollaron un programa de intervención psicoeducativa para reducir las conductas desadaptativas en relación con el mantenimiento del peso corporal. Realizaron dos grupos, un grupo de control y otro al que se le impartió el programa psicoeducativo. Obtuvieron resultados excelentes y concluyeron que la formación en hábitos relacionados con el peso contribuye de manera importante a la prevención de los trastornos de la alimentación. No obstante ponen una pega a sus resultados y es que por motivos de alcance del estudio no pudieron realizar un seguimiento a largo plazo. Este estudio muestra que la intervención psicoeducativa es útil para intervenir sobre la imagen corporal más allá de los trastornos de la alimentación, colaborando en problemas como la obesidad y los malos hábitos alimenticios.

9.2. PROGRAMAS DE OBESIDAD Y CONTROL DEL PESO

PROGRAMA	OBJETIVOS Y REVISIÓN DE LOS MISMOS
Estrategia NAOS Ballesteros, Dal-Re Saavedra, Pérez-Farinós y Villar (2007)	Propone adquirir estrategias para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad mediante la sensibilización a personas con este problema. Trata de idear acciones y de impulsar aquellas iniciativas que contribuyen a lograr que los ciudadanos adopten hábitos alimentarios saludables. ¿Cuándo y cómo es mejor prevenir la obesidad? La prevención de la obesidad debe iniciarse en las primeras etapas de la vida. Es importante mantener un estado nutricional adecuado durante el embarazo. Los factores nutricionales en la vida intrauterina, en los días próximos al nacimiento y en la infancia temprana han sido relacionados con el desarrollo de factores de riesgo y de enfermedades crónicas en la edad adulta. Dichas enfermedades son por ejemplo, la diabetes tipo II y la obesidad, especialmente en bebés recién nacidos con infrapeso. La dieta es el factor exógeno principal que influye en el desarrollo y crecimiento de los niños. Parece estar claro que <i>es más fácil promover prácticas alimentarias y un estilo de vida saludable durante la infancia, que cambiar los hábitos ya estructurados de la edad adulta</i>. Por tanto, la dieta a lo largo del primer año de vida y durante toda la infancia, la edad escolar y la adolescencia juega un importante papel en la prevención y promoción de la salud. Dentro de la promoción de las prácticas alimentarias saludables, <i>hay que tener en cuenta cuestiones como cantidades adecuadas de fruta y verdura, el aumento de la práctica regular de ejercicio físico y la reducción de las conductas sedentarias para evitar la ganancia de peso y mantener el peso en un rango saludable</i>. Es decir, el programa pone especial relevancia en la

	calidad y variedad de comida y bebida ingerida a lo largo de un día y por ingesta. Acuerdo con las empresas alimentarias El programa se focaliza también en la empresas que conforman la cadena alimentaria, pública y privada, promoviendo la fabricación, distribución y servicio de productos más saludables que faciliten la adopción de una alimentación sana y equilibrada han de: ✓ Mejorar la información nutricional que reciben los consumidores. ✓ Mejorar la composición de los alimentos, reduciendo el contenido en grasas, azúcares y sal, y limitando la presencia de ácidos grasos. ✓ Aumentar la oferta de frutas y verduras en los restaurantes. ✓ Reducir la presión comercial que reciben los niños regulando la publicidad y el marketing de alimentos y bebidas dirigidos a menores de doce años a través del llamado Código PAOS.
Prevención del sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva de sanidad pública Aranceta, Moreno, Moya y Anadón (2009)	Resalta la importancia de que los programas para ser efectivos en el control del peso en personas con elevado riesgo de desarrollar obesidad suponen una variedad de estrategias a utilizar e invertir para obtener resultados a largo plazo: prevención, mantenimiento del peso, manejo de las comorbilidades y pérdida de peso. Para ello: ✓ Promueven prácticas alimentarias saludables, incluyendo dietas con una adecuada cantidad de fruta y verdura. ✓ Promueven la práctica de ejercicio físico habitual y la reducción de conductas sedentarias con el fin de evitar la ganancia de peso y mantener un peso saludable. La industria alimentaria ha respondido a los cambios en las necesidades y demandas de los consumidores. Alguna de las estrategias que se han llevado a cabo incluye la modificación en la composición de los alimentos para fabricar productos bajos en calorías o ricos en fibra, así como su señalización de ingredientes, cantidades y valores energéticos. Cada vez más se fabrican alimentos funcionales con componentes para ayudar a la hora de bajar de peso, como lo es el ácido linoleico conjugado. Las intervenciones que se llevan a cabo en los lugares de trabajo promueven la combinación de una dieta saludable y de actividad física recogiendo los siguientes puntos: ✓ Educación nutricional. ✓ Instrucción en ejercicio aeróbico o entrenamiento de la fuerza ✓ Uso de técnicas de modificación conductual. ✓ Provisión de materiales autodirigidos. ✓ Recomendaciones dietéticas específicas. ✓ Grupos de ejercicios supervisados. Para llevar a cabo acciones efectivas para la prevención de la obesidad, es necesario el apoyo institucional, incluir la regulación de las estrategias de marketing alimentario, monitorizar la calidad de los alimentos y bebidas, así como desarrollar programas que motiven la actividad física.
Dietas para perder peso para la prevención y el tratamiento de la	Insiste en la importancia del tipo de dieta (reputación y calidad de las mismas) y del apoyo psicológico para la mejora de la obesidad. Se encontraron diferencias en función del tipo de dieta y de la asistencia a

obesidad (Katan, 2009)	sesiones grupales de ayuda dietética. En los grupos en los que se llevaba a cabo alguna dieta con estas circunstancias, se consiguió mejor descenso de peso que en los grupos que no lo hicieron. Los que perdieron más peso asistieron a más sesiones de counseling y se adhirieron más a las dietas. Las cogniciones y las emociones tienen un fuerte impacto en las conductas dietéticas. Los participantes comían menos no por el contenido de carbohidratos o proteínas de la dieta, sino por la reputación de la dieta, novedad de la misma o el sabor de algunos alimentos incluidos en dicha dieta. Sin embargo, a pesar de estar altamente motivados, los individuos que se prepararon con expertos no consiguieron la pérdida de peso que necesitaban, ya que un tratamiento individual no tiene poder contra un ambiente que ofrece tantos alimentos altos en calorías. Por ello, es importante crear programas que tengan en cuenta el ambiente grupal y la ayuda psicológica de los sujetos y el tipo de dietas que se propone.
Intervenciones conductuales para prevenir la obesidad (Kamath et. al. 2008)	Evalúan la eficacia de las intervenciones desde una perspectiva crítica. Concluye que los programas que pretenden cambiar las conductas de la vida cotidiana, incluyen un aumento de la actividad física, disminución de la vida sedentaria, un aumento de hábitos alimentarios saludables y una disminución de los hábitos alimentarios poco saludables para prevenir la obesidad. ✓ Se encontraban efectos de tratamiento mayores cuando las intervenciones incluían refuerzo. ✓ Los ensayos mostraban un mayor efecto de tratamiento cuando estudiaban intervenciones con entrenamientos más breves. ✓ Todas las modalidades de intervención (sólo dieta, sólo actividad física o intervenciones combinadas en la vida cotidiana) mostraron efectos similares triviales o pequeños sobre el IMC en comparación con el grupo control.
Pasos en el diseño, desarrollo y evaluación formativa de los ensayos de modificación de conducta en relación a la prevención de la obesidad Baranowski, Cerin y Baranowski (2009)	Los programas de intervención logran un cambio conductual induciendo cambios en las variables mediadoras (variables ecológicas, sociales y psicológicas), y los cambios en estas variables inducen cambios relativamente estables en el comportamiento. Los pasos de este modelo son: 1. Validación de las conductas objetivo. 2. Seleccionar las conductas potencialmente relacionadas con la obesidad. Mientras que algunas conductas están claramente relacionadas con un determinado problema de salud, en el caso de la obesidad no se han verificado empíricamente conductas que sean claramente la causa de la misma. 3. Validación de los mediadores objetivo mediante la medición de las variables demográficas, ecológicas, sociales, psicológicas y biológicas, es decir, las variables mediadoras. 4. Validación del proceso de intervención. Los investigadores deben decidir qué conducta concreta priorizar para someterla a cambio e identificar los procedimientos que maximicen la probabilidad de que eso ocurra. 5. Intervención piloto o de viabilidad. En esta etapa es decisivo los procedimientos a utilizar en la intervención. La evaluación del estudio piloto debe centrarse en los sesgos de participación, en la viabilidad y en la evaluación del procedimiento.

Prevención de la obesidad. (Kumanyika et. al. (2011))	Se expone la Declaración científica del Consejo de la Asociación Americana del Corazón acerca de la epidemiología y la prevención, Comité Interdisciplinario para la Prevención. Esta declaración pretende: ✓ Concienciar de la importancia de prevenir la ganancia excesiva de peso en adultos y niños. ✓ Describir los factores a tener en cuenta a la hora de prevenir la obesidad en la población general y en los grupos de riesgo. ✓ Diferenciar las aproximaciones políticas y ambientales de aquellas que se utilizan en la prevención clínica y tratamiento de la obesidad. ✓ Identificar los objetivos principales de los cambios políticos y ambientales utilizando un modelo ecológico que incluya múltiples fuentes de influencia sobre la alimentación y el ejercicio físico entre los múltiples sectores sociales. ✓ Mostrar el espectro de las intervenciones potencialmente relevantes.
Prevención de la obesidad: una revisión de instrumentos Brown, Kelly y Summerbell (2007)	En este estudio se hace una revisión de los programas de prevención de la obesidad. Se informa de las intervenciones para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños de entre 2 y 5 años e intervenciones basadas en la familia. Los resultados con respecto al peso concluyen que: ✓ Las intervenciones centradas en la prevención de la obesidad a través del aumento de la actividad física y la mejora de la alimentación tienen un pequeño pero importante impacto en el peso corporal que puede ayudar al mantenimiento del mismo. ✓ La mejora en el servicio de comida de los preescolares puede ayudar a disminuir la ingesta de grasas y mejorar los resultados con respecto al peso. ✓ Las intervenciones familiares que tienen como objetivo la mejora del mantenimiento de peso en adultos y niños, centrándose en la dieta y la actividad física, pueden ser efectivas a lo largo del tratamiento. ✓ La efectividad de las intervenciones tiende a estar asociada con el número de técnicas de modificación de conducta enseñadas a los padres y a los niños. ✓ Las intervenciones que no identifican tendencias significativas positivas en el mantenimiento del peso, sí identifican tendencias significativas positivas en la dieta y la actividad física.
Resultados del primer año de un programa de prevención de la obesidad en la compañía química DOW Goetzel et. al., (2010)	El objetivo de este estudio es examinar los resultados de un programa ambiental de prevención de la obesidad llevado a cabo en el lugar del trabajo (Compañía Química Dow) un año después de la implementación del mismo. Se llevó a cabo un estudio de cohortes cuasi-experimental entre los empleados de 9 lugares de trabajo (n = 8013) que recibieron intervenciones ambientales de manejo del peso y se comparó con los trabajadores de tres lugares de trabajo que conformaban el grupo control (n = 2269). Se examinaron los cambios en el peso de los empleados, el IMC y otros riesgos para la salud. Los resultados después de un año fueron: ✓ Se observó un efecto moderado en el peso y en el IMC. ✓ No se observó ningún efecto en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Otros factores de riesgo disminuyeron significativamente, incluyendo el peso y el IMC.

9.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., Díaz, C., Gómez, B., Núñez, A. y Ortiz-Hernández, L. (2006). Percepción de la imagen corporal, consumo de alimentos y actividad física en estudiantes de un colegio de bachilleres. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 12(3), 161-171.
- Akbaraly, T. N., Brunner, E. J., Ferrie, J. E., Marmot, M. G., Kivimaki, M. y Singh-Manoux, A. (2009). Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Journal of Psychiatry*, 195(5), 408-413.
- Allison, K. C. y Stunkard, A. J. (2005). Obesity and eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 55-67.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Revista de Psicología Contemporánea*, 7, 74-85.
- American Psychological Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. New York: American Psychiatric Publishing.
- Anderson C. B, Bulik C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviour*, 5, 1-11.
- Annis, N. M., Cash, T. F. y Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formally overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.
- Aranceta, J., Moreno, B., Moya, M. y Anadón, A. (2009). Prevention of overweight and obesity from a public health perspective. *Nutrition Reviews*, 67(Suppl. 1), S83-S88.
- Archibald, A. B., Graber, J. A., y Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. En G. R. Adams y M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 24-47). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Arrue, M. (2010). *Hábitos de vida y factores psicológicos durante la adolescencia y juventud en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Tesis doctoral. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Baird, A. L. y Grieve, F. G. (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 115-121.
- Ballesteros, J.M., Dal-Re Saavedra, M., Pérez-Farinós, N. y Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 81, 443-449.
- Baranowski, T. Cerin, E. y Baranowski, J. (2009). Steps in the design, development and formative evaluation of obesity prevention-related behavior change trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 6:6
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Bell, B. T., Lawton, R. y Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 4, 137-145.
- Berg, K. C., Frazier, P. e Iser, L. (2009). Change attitudes and behavior of eating disorder in college women: prevalence and predictors. *Eating Behaviors*, 10(3), 137-142.

- Bergeron, D. y Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288–295.
- Blashill, A. J. y Vander Wal, J. S. (2009). The Male Body Attitudes Scale: A confirmatory factor analysis with a sample of gay men. *Body Image*, 6, 322–325.
- Blashill, A. J. (2010). Elements of male body image: Prediction of depression, eating pathology and social sensitivity among gay men. *Body Image* 7, 310–316.
- Borda, M., Del Río, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de medicina psicosomática*, 65, 16-28.
- Brown, T., Kelly, S. y Summerbell, C. (2007). Prevention of obesity: a review of interventions. The International Association for the Study of Obesity. *Obesity Reviews*, 8(Suppl. 1), 127-130.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic books.
- Buckroyd, J. y Rother, S. (2008). *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity*. San Francisco: Wiley.
- Cahill, S. y Mussap, A. J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy changes in attitudes and behaviours of men and women body. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 631-639.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Editorial Planeta. Barcelona.
- Carta, I., Zappa, L. E., Garghentini, G. y Caslini, M. (2008). Body image: A preliminary study of the administration of the Body Uneasiness Test (BUT) to investigate specific features of Eating disorders, anxiety, depression, and obesity. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14(1), 23-28.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Clark, L., y Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in nine-to 12-year-old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Social Development*, 15(4), 628–643.
- Coelho, J. S., Carter, J. C., McFarlane, T. y Polivy, J. (2008). Just looking at food makes me gain weight: Experimental induction of thought-shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 219-228.
- Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 511-531.
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998) *Inventario de trastornos de conducta EDI-2*. Madrid: TEA.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002a). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23 (1), 25-32.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002b). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.

- Cruz, S. y Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 1, 79-100.
- Cuzzolaro, M., Eligi, A., Ferrucci, G., Ficorilli, Q., Picuti, P., Santomassimo, C. y Trincia, V. (2008). Preventing Eating disorders in adolescence: A possible enterprise?. *Infanzia e Adolescenza*, 7(2), 65-76.
- DaCosta, D., Nelson, T. M., Rudes, J. y Guterman, T. J. (2005). A Narrative Approach to Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1) Jan 2007, 67-80.
- Dalle, G. R., Cuzzolaro, M., Calugi, S., Tomasi, F., Temperilli, F. y Marchesini, G. (2007). The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity*, 15, 2320-2327.
- Day, J., Ternouth, A. y Collier, D. A. (2009). Eating disorders and obesity: two sides of the same coin? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 96-100.
- De Sousa, S. M. (2008). Body image and obesity in adolescence: a comparative study of the socio-demographic, psychological and behavioral problems. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 551-563.
- Doak, C. M., Wijnhoven, T. M., Schokker, D. F., Visscher, T. L. y Seidell, J. C. (2012). Age standardization in mapping adult overweight and obesity trends in the WHO European Region. *Obesity Review*, 13, 174-191.
- Elosua, P., López-Jáuregui, S. y Sánchez Sánchez, F. (2010). *Inventario de trastornos de conducta alimentaria*. Madrid: TEA ediciones.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of Eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Frederick, D. A., Peplau, L. A., y Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52.677 heterosexual adults. *Body-Image*, 3(4), 413-419.
- Garner y Olmsted (1984) *The Eating Inventory Disorders- 2 Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, F. L.: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Gavin, A. R., Simon, G. E. y Ludman, E. J. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 573-581.
- Geschwind, N., Roefs, A., Jansen, A., Lattimore, P. y Fett, A. (2008). Dietary restraint modulates the effects of food cue exposure on women's body and weight satisfaction. *Appetite*, 51, 735-738.
- Gil, E. (2007). *Otra mirada a la anorexia: Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*. Granada: Colección Feminae.

- Gillberg, L., Rastam, M., Wentz, E. y Gilberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(2), 170-178.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. y Grammer, K., (2009). Body Dissatisfaction and the Effects of Perceptual Exposure on Body Norms and Ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 443-452.
- Goetzal, R. Z., Baker, K. M., Short, M. E., Pei, X., Ozminkowski, R. J., Wang, S., Bowen, J. D., Roemer, E. C., Craun, B. A., Tully, K, J. y Baase, C. M. (2009). First-Year Results of an Obesity Prevention Program at The Dow Chemical Company. *Journal of Occupational Environmental Medical*. Author manuscript, available in PMC 2010 May 26.
- Goins, L., y Markey, C. N. (2009). Understanding men's body image in the context of romantic relationships. *Manuscript under review*.
- Gómez, J. A., García, M. y Corral, L. P. (2009). *Convivir con los trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracón*. Madrid: Médica Panamericana.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Grabe S, Ward L. M, Hyde J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-76.
- Gray, J. J. y Ginsberg, R. L. (2007). Muscle dissatisfaction: An overview of psychological and cultural research and theory. En J. K. Thompson y G. Cafri (Eds.), *The muscular ideal psychological, social, and medical perspectives* (pp. 15–39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, M. (2001). Dietary restraint and craving. En Hetherington, M. M. (Ed.), *Food Craving and Addiction*. Surrey: Letherhead Publishing.
- Grijalvo, J., Insúa, P., Marañón, I. e Iruin, A. (2004). Guía para atención primaria: tratamiento y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Donostia. Salud Mental Extrahospitalaria. Gipuzkoa (Osakidetza).
- Guía de Práctica Clínica en el SNS (2009). *Guía de práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Gutierrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillon, P., Leon-Munoz, L. M., Graciani, A., Banegas, J. R. y Rodriguez-Artalejo, F. (2012). Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. *Obesity Review*, 13, 388-392.
- Gutierrez-Fisac, J. L., Regidor, E., Banegas, J. R. y Rodriguez, A. F. (2005). Prevalence of obesity in the Spanish adult population: 14 years of continuous increase. *Med.Clin.(Barc.)*, 124, 196-197.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. y Robinson-O'Brien, R. (2008). Child versus parent report of parental influences on children's weight-related attitudes and behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 783–788.
- Henderson M. y Freeman P. L. (1987). A self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

- Herzog, D., Beresin, E. y Charat, V. (2006). Anorexia nerviosa. En Wiener, J. y Dulcan, M. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia (pp. 673-692). Barcelona: Editorial Masson.
- Herzog, D. B. y Delinsky, S. S (2006). Classification of Ealing disorders. En R. H. Striegel-Moor y L. Smolak. (Eds). *Eating Disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 31-50). Washington: American psychological Association.
- Hill, A. J. (2007). The psychology of food craving. *Proceeding of the Nutrition Society*, 66(2), 227-285.
- Holder, M. D. y Keates, J. (2006). Size of drawings influences body size estimates by women with and without eating concerns. *Body Image*, 3(1), 77-86.
- Jackson, T. D., Grilo, C. M. y Masheb, R. M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obesity Research*, 8, 451-458.
- Jones, D. C. y Crawford, J. K. (2005). Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concern as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 629-236.
- Jones, D. C., y Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 257–269.
- Kamath, C. C., Vickers, K. S., Ehrlich, A., McGovern, L., Johnson, J., Singhal, V., Paulo, R., Hettinger, A., Erwin, P. J. y Montori, V. M. (2008). Behavioral Interventions to Prevent Childhood Obesity: A Systematic Review and Metaanalyses of Randomized Trials. *Journal of Clinical of Endocrinology Metabolic*, 93(12), 4606-4615.
- Katan, B. M. (2009). Weight-Loss Diets for the Prevention and Treatment of Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 369(9), 923-925.
- Kim, J. Y., Oh, D. J., Yoon, T. Y., Choi, J. M. y Choe, B. K. (2007). The impacts of obesity on psychological well-being: a cross-sectional study about depressive mood and quality of life. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40, 191-195.
- Klein, D. A. y Walsh, B. T. (2003). Eating Disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 205-216.
- Krysanski, V. L. (2006). Investigation of a cognitive dissonance intervention versus a psychoeducational placebo control: Testing the effectiveness of prevention programming for eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 67 (6-B), 3456.
- Kumanyika, S. K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A. E., Fortmann, S. P., Franklin, B. A., Gillman, M. W., Lewis, C. E., Walker Carlos Poston, C. P., June Stevens, J. y Hong, Y. (2011). A Scientific Statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). <http://circ.ahajournals.org/content/118/4/428> July 14, 2011.
- Lo Coco G., Gullo, S., Salerno, L. y Iaconopelli, R. (2011). The association among interpersonal problems, binge behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 164-170.

- López-Guimerá, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lowe, M. R., Annunziato, R. A., Markowitz, J. T., Didie, E., Bellace, D. L., Riddell, L. et al. (2006). Multiple types of dieting prospectively predict weight gain during the freshman year of college. *Appetite*, 47(1), 83–90.
- Lynch, W. C., Heil, D. P., Wagner, E. y Havens, M. D. (2008). Body dissatisfaction mediates the association between body mass index and risky weight control behaviors among White and Native American adolescent girls. *Appetite*, 51, 210–213.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 9-27.
- Maganto, C. (2011). Trastornos de conducta alimentaria en niños y adolescentes. En M^a T. González (Coord.), *Psicología clínica de la infancia y adolescencia* (pp. 105-147). Madrid: Pirámide.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 30, 45-59.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, 20(2), 197-223.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA Test de Siluetas para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maganto, C. y Kortabarría, L. (2011). *La Escala de Autoestima Corporal en la infancia y adolescencia*. En A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L.S. Almeida, R. Lima, y S. Fraga (Eds.). *Evaluación Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 61-73). Lisboa: Sociedad Portuguesa de Psicología.
- Maganto, C., Del Río, A. y Roiz, O. (2002) *Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de la Alimentación (PICTA). Manual, Cuaderno de trabajo y vídeo*. Primer premio en el V Concurso Nacional de TEA Ediciones.
- Maganto, C., Garaigordobil, M. y Maganto, J. M. (2010). *Obesidad y dietas en adolescentes y jóvenes. Comunicación presentada en el VII Congreso Iberoamericano de psicología*. Oviedo: Libro de Abstract.
- Maganto, C., Roiz, O. y del Río, A. (2000). *Guía de trastornos de la alimentación*. Departamento de Juventud del Ayuntamiento de San Sebastián.
- Markey, C. N. (2010). Invited Commentary: Why body images is important to adolescent development. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 1387-1391.
- Markey, C. N. y Markey, P. M. (2009). Body image. En R. Levesque (Ed.). *Encyclopedia of Adolescence*. Manuscript submitted.
- Markey, C. N., y Markey, P. M. (2006). Romantic relationships and body satisfaction among young women. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 256–264.
- Markham, A. Thompson, T. y Bowling, A. (2005). Determinants of body image shame. *Personality individual Differences*, 38, 1529-1541.
- Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I. y Martí, A. (2002). Causes of obesity. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 17-27.
- McFadden, F.M. (2009). Implications of adolescent body image upon weight loss surgery success. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 4(3), 203-220.

- Mendelson, B. y White, D. (1985). Development of self-body esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21, 90-96.
- Miguel, J. J., Casado, M. I., Cano, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado -Rasgo*. Madrid: TEA.
- Moreno, S., Rodríguez-Ruiz, S. y Fernández-Santaella, M. C. (2009). *¿Qué es el ansia por la comida?* Madrid: Pirámide.
- Morgan, J., Reid, F. y Lacey, J. (1999). The SCOFF Questionnaire: assessment of a new screening tool for Eating disorders. *Electronic British Medicine Journal*, 319, 1467-1468.
- Mountford, V., Haase, A. M. y Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 708-715.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M. y Eisenberg, M. E. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5 year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 448-455.
- Nye, S. y Cash, T. F. (2006). Outcomes of manualized cognitive-behavioral body image therapy with eating disordered women treated in a private clinical practice. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 14, 31-40.
- Olesti, M., Martín, N., Riera, A., De la Fuente, M., Bofarull, J. M., Ricomá, G. y Piñol, J. L. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería Clínica*, 17(2), 78-84.
- Perpiña, C. (2008). Trastornos alimentarios. En: A. Belloch., B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp 404-421). Madrid: McGraw-Hill.
- Piñeiro, B. y Sanchez-Panell, L. (2006). Síndrome de atracones nocturnos: situación actual de un trastorno alimentario poco conocido. *Revista española de obesidad*, 4, 24-32.
- Presnell, K., Pells, J., Stout, A. y Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviours*, 9(2), 170-180.
- Presnell, K., Stice, E. y Tristan, J. (2008). Experimental investigation of the effects of naturalistic dieting on bulimic symptoms: moderating effects of depressive symptoms. *Appetite*, 50, 91-101.
- Quetelet, L. A. (1871). *Anthropométrie ou Mesure des Différences Facultés de l'Homme*. Brussels: Musquardt.
- Ramos, P., Rivera, M. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en la imagen corporal, control del peso y el IMC de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Saldaña, G. C. (2002). Binge eating disorders and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 17(1), 55-59.
- Saldaña, C. (2001). Perspectiva global de los trastornos del comportamiento alimentario. En: C. Saldaña (Ed). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp.101-145). Madrid: Pirámide.
- Sánchez, S. (2009). *Los trastornos de la conducta alimentarios en el espectro obsesivo compulsivo: análisis de variables cognitivas y de personalidad*. Tesis Doctoral Universidad de Valencia: Fondo bibliotecario.

- Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2011). Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. *INFOCOP-ONLINE*, fecha de publicación 04/05/2011.
- Sánchez-Planell, L. y Prats, M. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. En: J. Vallejo. (Ed). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 311-338). Barcelona: Masson.
- Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 3(14), 249-280.
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K. y Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 69-87.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A. y Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 651-654.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Seidell, J. C. (1999a). Obesity: a growing problem. *Acta Paediatric Supplement*, 88, 46-50.
- Seidell, J. C. y Flegal, K. M. (1997). Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, 53, 238-252.
- Shin, N. Y. y Shin, M. S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem and depression in obese Korean children. *Journal Paediatric*, 152(4), 502-206.
- Slade, P.D., Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Smith, K. (2006). Increasing positive body image in adolescent girls: The development of a comprehensive school-based program. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 67(1-B) 2006, 561.
- Snow, V., Barry, P., Fitterman, N., Qaseem, A. y Weiss, K. (2005). Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals Internal Medicine*, 142(7), 525-531.
- Solano, N. y Cano, A. (2010). *IMAGEN; Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad/Estado y Ansiedad/Rasgo*. Madrid: TEA
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Presnell, K. y Spangler, D. (2002). Risk factors for binge Eating Honest in adolescent girls: A 2 year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Storvoll, E. E., Strandbu, A. y Whistrom, L. (2005). A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002. *Body Image*, 2(1), 5-18.
- Striegel-Moore, R. H. y Smolak, L. (2001). *Eating Disorders: Innovative Directions in research and practice*. Washington: American Psychological Association.

- Szydlo, D. y Woolston, J. (2006). Bulimia nerviosa. En: Wiener, J. y Dulcan, M. *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson. (pp 693-705).
- Thelen, M. H., Mintz, L. B., y Vander Wal, J. S. (1996). The Bulimia Test-Revised: Validation with DSM-IV criteria for bulimia nervosa. *Psychological Assessment*, 8, 219-221.
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assesment and Treatment*. Pergamon Press: New York.
- Tiggemann, M., Martins, Y. y Churchett, L. (2008). Beyond muscles: Unexplored parts of men's body image. *Journal of Health Psychology*, 13, 1163-1172.
- Tiggemann, M., Martins, Y. y Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 15-24.
- Tomiyama, A. J., y Mann, T. (2008). Focusing on weight is not the answer to America's obesity. *Epidemic American Psychologist*, 63, 203-204.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Tylka, T. L., Bergeron, D. y Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body Image*, 2, 161-175.
- Ujcic-Voortman, J. K., Bos, G., Baan, C. A., Verhoeff, A. P. y Seidell, J. C. (2011). Obesity and body fat distribution: ethnic differences and the role of socio-economic status. *Obesity Facts*, 4, 53-60.
- Viñuales, E., Quintanilla, M. A., Barrera, A., García, M. E., García, P., Jiménez, I. y Latorre, J. I. (2008). Factores Predisponentes Y Precipitantes De Anorexia Nerviosa Según La Edad De Inicio Del Trastorno. *Psiquiatría.com*. 12 (2).
- Vocks, S., Legenbauer, T. y Heil, A. (2007). Food intake affects state body image: Impact of restrained eating patterns and concerns about eating, weight and shape. *Appetite*, 49, 467-475.
- Watkins, J. A., Christie, C. y Chally, P. (2008). Relationship Between Body Image and Body Mass Index in College Men. *Journal of American College Health*, 57(1), 95-99.
- Williams, L., Germov, J. y Young, A. (2007). Preventing weight gain: a population cohort study of the nature and effectiveness of mid-age women's weight control practices. *International Journal of Obesity*, 31(6), 978-986.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R. y Becker, A. E. (2005). Impact of the media on adolescent body image. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 453-471.
- World Health Organization. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Geneva Switzerland: World Health Organization; 1995. WHO Technical Report Series.
- Zabinski, M. F. (2003). An interactive psychoeducational intervention for women at-risk of developing an eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(3-B), 1513.